



**8º Curso de Mestrado de
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**
Estágio com Relatório

**Contributos do Enfermeiro Obstetra
na Promoção da Saúde Mental
na Gravidez**

Vanda Maria Flôr da Cruz Lamúria

**LISBOA
2019**





**8º Curso de Mestrado de
Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia**
Estágio com Relatório

**Contributos do Enfermeiro Obstetra
na Promoção da Saúde Mental
na Gravidez**

Vanda Maria Flôr da Cruz Lamúria

Orientadora: Esmeralda Maria Batalha Henriques Afonso

**LISBOA
2019**



“Escolheremos o nosso próximo mundo
através daquilo que aprendermos neste.

Não aprender nada significa
que o próximo mundo
será igual a este,
com as mesmas limitações
e pesos de chumbo a vencer.”

Richard Bach

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar ao

Meu Melhor Amigo, Meu Guia e Meu Sustentador,

O MEU DEUS;

Ao meu marido e às minhas filhas Mafalda e Matilde,
pelo seu ânimo e dedicação;

Aos meus pais,

pelo exemplo de força e de amor,

À minha família

pelo alento e coragem;

Aos meus amigos

pela paciência e boa energia;

Aos meus colegas de trabalho,

pela confiança e determinação;

Aos meus irmãos na fé,

pelas orações;

À Professora Esmeralda,

pela perseverança e disponibilidade.

A TODOS UM AGRADECIMENTO SENTIDO

LISTA DE SIGLAS E/OU ABREVIATURAS

ACOG – *The American College of Obstetricians and Gynecologists*

AM – Aleitamento Materno

BP – Bloco de Partos

CS – Convivente Significativo

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral de Saúde

EC – Ensino Clínico

ER – Estágio com Relatório

EEESMO – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCD – Guia de Colheita de Dados

ICM – *International Confederation of Midwives*

JBÍ - *Joana Briggs Institute*

IVG – Interrupção Voluntária de Gravidez

NICE - *National Institute for Health and Care Excellence*

OE - Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

PC – Processo Clínico

PN – Plano de Nascimento

RCM - *The Royal College of Midwives*

RCOG - *Royal College of Obstetricians and Gynecologists*

REBA – Ruptura Espontânea da Bolsa Amniótica

RN – Recém-Nascido

RS – Revisão Scoping

SUGO – Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Este relatório foi elaborado no âmbito unidade curricular Estágio com Relatório (ER). Faço uma descrição e análise das atividades desenvolvidas no âmbito da prestação de cuidados como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO), através da reflexão das aprendizagens no Bloco de Partos (BP). O modelo teórico de cuidados de enfermagem, de referência neste caminho de aprendizagens foi o de Kristen Swanson. Dou principal destaque aos **contributos do Enfermeiro Obstetra na promoção da saúde mental na gravidez**. Para a obtenção de evidência científica relevante, realizei uma Revisão Scoping (RS), segundo o protocolo de Joana Briggs Institute (JBI), tendo como questão de partida: **quais os contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez?** Elaborei um Guia de Colheita de Dados (GCD) de forma a sistematizar o processo de observação e recolha dos dados, relacionados com os contributos do EEESMO na promoção da saúde mental na gravidez e Trabalho de Parto (TP). No relatório apresento os resultados da RS, analiso os dados do GCD, reflito sobre esses achados e apresento quais os contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez.

Compete ao EEESMO, a promoção da saúde mental na gravidez, através da relação terapêutica eficaz, apoiada em competências comunicacionais. O EEESMO identifica as expetativas e receios da grávida, relacionados com as alterações físicas, psicoemocionais e sociais, diagnostica precocemente, avalia e implementa intervenções de promoção da saúde mental, nomeadamente, quando capacita a grávida na tomada de decisão, para a autovigilância da gravidez, para o TP e para a adaptação à parentalidade. O desenvolvimento destas competências no EEESMO, promove a qualidade dos cuidados prestados em saúde materno-fetal potenciando ganhos em saúde.

Palavras chave: Gravidez, Promoção da Saúde Mental, Contributos do Enfermeiro Obstetra.

ABSTRACT

This report was elaborated in the curricular unit Internship with Report, of the Maternal Health and Obstetrics Master Course. I describe and analyze the activities carried out in the area of care delivery as a future Specialist Nursing Practitioner in Maternal and Obstetrical Health Nursing (Enfermeira Especialista de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica - EEESMO), through the reflection of the learning in the delivery room. The theoretical model of nursing care reference in this path of learning corresponds to the model of Kristen Swanson. I highlight the contributions of the Obstetrician in the promotion of mental health in pregnancy. In order to obtain relevant scientific evidence, I performed a Scoping Review, according to the Joana Briggs Institute protocol, with the starting point: what are the contributions of the obstetrician nurse in promoting mental health in pregnancy? Also developed a Data Collection Guide (Guia de Colheita de Dados - GCD) in order to systematize the process of observation and data collection, related to the contributions of the EEESMO in promoting mental health in pregnancy and labor. In the report I present the results of RS, analyze the GCD data, reflect on these findings and present the contributions of the obstetrician nurse in promoting mental health in pregnancy.

It is the EEESMO, the promoter of mental health in pregnancy, through the effective therapeutic relationship, supported in communication skills. The EEESMO identifies the expectations and fears of the pregnant woman related to physical, psychoemotional and social changes, diagnoses early, evaluates and implements interventions for the promotion of mental health, by example, when empowers the pregnant woman in decision making for the self-monitoring of pregnancy, for labor and for adaptation to parenting. The development of this competency of the EEESMO, leads to the quality of care provided in maternal fetal health and, thus, enhances health gains.

Key words: Pregnancy, Mental Health Promotion, Contributions of the Obstetric Nurse.

INDICE	
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	16
1.1. Alterações psicoemocionais na gravidez	17
1.2. Promoção da saúde mental na gravidez	20
1.3. Cuidado de enfermagem para a promoção da saúde mental na gravidez	24
2. METODOLOGIA	28
2.1. Revisão Scoping	29
2.2. Guia de Colheita de Dados	32
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA	34
3.1. O cuidado à mulher que recorre ao SUGO	35
3.2. O cuidado à Parturiente e CS durante o TP e cuidados ao RN	41
3.3. Contributos do Enfermeiro Obstetra na promoção da saúde mental na gravidez e no TP	53
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFIAS	63
APÊNDICES	
Apêndice I - Estudos selecionados na Revisão Scoping	
Apêndice II - Guia de Colheita de Dados	

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura do cuidar segundo Swanson	26
Figura 2 - Fluxograma relativo à seleção dos artigos a analisar.....	31

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Elementos PCC.....	19
Tabela 2 - Termos usados na pesquisa da base de dados MEDLINE.....	30
Tabela 3 - Termos usados na pesquisa da base de dados CINAHL.....	30

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez – Tarefas Psicológicas da Gravidez.....	56
Quadro 2 - Contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez – Apoio no TP.....	58

INTRODUÇÃO

O presente relatório, faz parte integrante da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório (ER), inserida no 8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). O estágio decorreu no Bloco de Partos (BP) de um hospital distrital, e teve a duração de 18 semanas, com início a 26 de fevereiro e término a 13 de julho de 2018.

A escolha para realizar o ER neste hospital adveio do reconhecimento dos princípios da melhoria contínua da qualidade e da segurança dos cuidados de enfermagem inerentes à satisfação das necessidades da população, possibilitando o desenvolvimento de competências em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no âmbito da prestação de cuidados especializados, à parturiente, Recém-Nascido (RN) e Convivente Significativo (CS), durante os 4 estádios do Trabalho de Parto (TP) promovendo a saúde materno-fetal e apoiando no processo de transição para a parentalidade.

Durante o ER considerei as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde Materna Obstétrica e Ginecológica (EEESMOG) e as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Neste relatório pretendo, através da descrição e análise do meu percurso de aprendizagem, sobretudo no BP, evidenciar a capacidade de integrar e mobilizar os conhecimentos e de, analisar e resolver situações novas e complexas, no âmbito dos cuidados de EEESMOG.

No desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista propus-me ser “um profissional reflexivo, e capaz de mobilizar todo um manancial de informação científica, técnica, tecnológica e relacional, alicerçado nos saberes providos da experiência em situação” (Leite, 2006, p. 4). Esta forma de atuação especializada, alicerçada na Prática Baseada na Evidência (PBE), promove a melhoria nos cuidados de saúde, favorece a capacidade de liderar nos diferentes contextos da prática de cuidados e contribui para a mudança de paradigma na área da saúde e dos cuidados de enfermagem.

Fundamentada nos objetivos do documento orientador da UC “Estágio com Relatório” pretendi “desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério imediato e período neonatal” (ESEL, 2017-2018, p.2). Também tive

em conta o desenvolvimento dos meus interesses pessoais/profissionais, e dos recursos existentes no local onde decorreu o Estágio. Assim, defini os seguintes objetivos para o ER:

- Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de EEESMOG à mulher com alterações ginecológicas e/ou obstétricas, quando recorrem ao Serviço de Urgência Ginecológica e Obstétrica (SUGO);
- Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (EEESMO) à Parturiente, CS e RN durante os 4 estádios do TP, promovendo a saúde e detetando precocemente complicações;
- Desenvolver competências para a prestação de cuidados de EEESMO à mulher, CS e RN, na promoção da vinculação, adaptação ao papel parental e promoção e suporte ao Aleitamento Materno (AM);
- Identificar os **contributos do Enfermeiro Obstetra na promoção da saúde mental na gravidez e TP.**

Uma vez que o período de internamento no BP se prevê curto, é essencial uma avaliação inicial completa e consistente, uma identificação criteriosa das necessidades, para que as intervenções sejam cuidadosamente planeadas e validadas, prestando cuidados de enfermagem especializados que visam a segurança da saúde materno-fetal durante os 4 estádios do TP, a otimização da adaptação do RN à vida extrauterina e a transição para a parentalidade.

É da competência do EEESMOG “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o trabalho de parto, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do recém-nascido na sua adaptação à vida extrauterina” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p.8664). As unidades de competência dos cuidados de enfermagem especializados durante o TP centram-se na promoção da saúde, diagnóstico precoce e prevenção de complicações, tendo em especial atenção a mulher com patologia associada.

A *International Confederation of Midwives* (ICM) (2013), refere que o EEESMO é o profissional com formação especializada que trabalha em parceria com as mulheres com o objetivo de providenciar o suporte necessário e os cuidados especializados durante a gravidez, parto e pós-parto. A competência 4 do ICM refere que as “parteiras

providenciam cuidados de alta qualidade, culturalmente sensíveis durante o trabalho de parto, conduzem o nascimento em condições de higiene e segurança, e possuem competências para atuar em situações de emergência de forma a garantir a saúde das mulheres e seus recém-nascidos” (ICM, 2013, p.11).

Enquanto enfermeira de cuidados gerais há 23 anos, a exercer a atividade profissional no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), em diferentes programas de saúde, ao longo do ciclo vital, possuo um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobilizo em contexto de prática clínica que me permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção, de acordo com o preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2012).

Reconheço que a gravidez é caracterizada por alterações físicas, mas também por mudanças psicológicas e sociais, e que “estar à espera de um bebé, a preparação para o parto, as exigências e expectativas sociais e a adaptação ao novo papel de mãe constituem fatores de stress importantes” (Correia & Santo, 2017, p. 3).

A promoção da saúde mental na gravidez, é um tema no qual tenho investido de uma forma especial, não só pelo interesse despertado ao longo do meu percurso profissional, enquanto enfermeira de cuidados gerais, como ao longo do meu percurso académico, no âmbito do CMESMO. Tenho também a, perceção de este ser um assunto de crescente interesse para os profissionais de saúde, nomeadamente enfermeiros, o que me levou a aprofundar mais a temática, sobretudo relativamente aos **“contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez”**.

O interesse em aprofundar esta temática esteve presente, não só no ER, mas também noutros EC do CMESMO, nomeadamente no EC III (cuidados de saúde primários) e EC IV (cuidados à grávida/casal em situações de risco materno/fetal).

Relativamente aos “contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez”, a OE, menciona o papel específico do EEESMO, “no cuidado à mulher durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e a tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (OE, 2015a, p.13). O Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG, clarifica a importância da saúde mental na gravidez ao focar na unidade de competência H2.1. “Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal...” e menciona como critério

de avaliação H2.1.6 “Concebe, planeia, coordena, supervisiona, implementa e avalia programas, projetos e intervenções de promoção da saúde mental na vivência da gravidez” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p.8663).

Também, segundo “*Essencial Competencies for basic midwifery practice*” (ICM, 2013), está implícito no desenvolvimento das competências das parteiras: a parceria com as mulheres na promoção do seu autocuidado; o respeito pela dignidade e direitos humanos; o respeito pelas mulheres nas tomadas de decisão inerentes aos cuidados de saúde; a sensibilidade cultural e dos princípios das mulheres; a promoção da saúde e prevenção de doenças; e a defesa do trabalho de parto e parto fisiológico de forma a obter os melhores resultados para mães e RN.

Na vigilância pré-natal, o EEESMO presta cuidados de saúde sustentado no conhecimento da forma como a mulher experiencia a gravidez e a transição para a parentalidade, reconhece os medos e receios da grávida em relação à sua saúde e do seu feto, informa sobre o plano de parto de forma a identificar os conhecimentos, sentimentos e expectativas sobre o TP, valida a sua vontade e capacita para a tomada de decisão consciente e garante o suporte emocional da mulher, para que se sinta apoiada e reduza a ansiedade.

Ao longo do CMESMO experienciei crescimento pessoal e profissional pela integração do conceito de Cuidado Centrado na Pessoa, cuja estrutura compreende:

“quatro pré-requisitos, que enfocam os atributos do enfermeiro: o ambiente do cuidado, que se centra no contexto em que o cuidado é prestado; processo centrado na pessoa, que se centraliza na prestação de cuidados através de uma série de atividades; resultados esperados, enfermagem efetiva centrada na pessoa.” (McCormack & McCance, 2006, p. 475).

Segundo os mesmos autores, os enfermeiros devem transpor o foco biomédico no exercício da profissão, e desenvolver práticas autênticas de cuidados humanistas que requerem formas de conhecer e atuar para promover a escolha e a parceria na tomada de decisões de cuidados. As escolhas das pessoas a quem prestamos cuidados, podem ser contrariadas por numerosos fatores contextuais e de atitudes. Obter o entendimento na base dos valores de um indivíduo é essencial para a enfermagem centrada na pessoa (McCormack & McCance, 2006).

Para o desenvolvimento das competências específicas do EEESMO, é importante a escolha de um referencial teórico baseado num Modelo de Enfermagem, fundamental para que haja um conhecimento mais profundo e fundamentado, visando a excelência dos cuidados. Na minha prestação de cuidados como Enfermeira

Generalista identifico-me particularmente com a Teoria do Cuidar de Médio Alcance de Kristen Swanson, “cada um de nós guia-se na prática de cuidar e nas restantes atividades profissionais por um quadro de referência que engloba conceitos e valores ou crenças, pressupostos que correspondem à nossa concepção de cuidar em enfermagem” (Basto, 2009, p.14). Na visão desta teórica, a pessoa é vista como um ser único, indissociável do seu universo e que está em relação com o seu ambiente ou com o seu meio envolvente.

Este relatório está dividido em quatro pontos. O ponto um, enquadramento teórico, onde se explanam as alterações psicoemocionais inerentes à gravidez e se abordam diretrizes a nível mundial e europeu em relação à saúde mental na gravidez e os contributos do enfermeiro obstetra. No ponto dois faço a abordagem da metodologia utilizada. Partindo dos objetivos definidos, no ponto três, descrevo e analiso as atividades desenvolvidas e o seu contributo para o desenvolvimento de competências no âmbito do ER. No ponto quatro apresento as considerações finais, exponho as principais reflexões deste relatório, os seus contributos para o processo de aprendizagem e as perspetivas de trabalho no futuro.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os problemas globais de saúde mental materna são considerados um grande desafio para a saúde pública. De acordo com a World Health Organization (WHO), em todo o mundo, 10% das mulheres grávidas e 13% das mulheres no pós-parto, experimentou um transtorno mental, sendo o mais prevalente a depressão. Nos países em desenvolvimento, estes números são mais elevados, 15,6% durante a gravidez e 19,8% após o parto (WHO, 2017a).

A gravidez tem um tempo próprio, definido da concepção ao nascimento, de cerca 40 semanas para a melhor adaptação materna/fetal “um processo complexo de aprendizagem cognitiva e social” (Lowdwemilk & Perry, 2008, p. 247). No entanto “a gravidez é um estágio de desenvolvimento relativamente curto que inaugura um estágio muito mais longo: a condição de ser mãe ou pai” (Colman & Colman, 1994, p. 175).

Segundo Cardoso, a gravidez pode integrar, para a maioria das mulheres, momentos de ansiedade. Estes estados ansiosos são mais frequentes no primeiro e terceiro trimestres. Para este autor os fatores que podem potenciar a ansiedade são: “mau ambiente social, problemas profissionais, económicos ou familiares” (2017, p. 522). Refere ainda que os sintomas mais comuns são: “estados de ansiedade permanentes, associados a insónias iniciais e a somatizações várias, que interferem nas atividades quotidianas” (2017, p. 522). Os riscos para o feto decorrentes destas perturbações ansiosas não estão ainda bem identificados mas, de acordo com Godet e Marie-Cardine, “poderão aumentar as taxas de partos prematuros e complicações do trabalho de parto por ausência involuntária de colaboração materna” (1991, cit. por Cardoso, 2017, p.522) e, segundo Franko e Walton “a unidade feto-placentária pode ser colocada em risco, aumentando a incidência de RN de baixo peso e também de baixo peso para o tempo de gestação” (1993, cit. por Cardoso, 2017, p.593).

O EEESMO na inerência das suas competências, contribui de forma fundamental para a promoção do bem-estar materno-fetal, assim como no diagnóstico precoce dos fatores de risco que possam afetar a saúde geral e mental da mulher, desde a consulta pré-concepcional, na vigilância da gravidez, no trabalho de parto e no puerpério.

Este ponto, está dividido em três subpontos. No primeiro, abordam-se as alterações psicoemocionais na gravidez, no segundo faz-se referência ao que

organismos, governos e instituições ligadas à obstetrícia estão a desenvolver para a promoção da saúde mental na gravidez e dá-se relevância às orientações existentes para materialização desse propósito, no terceiro subponto aborda-se o referencial teórico utilizado no cuidado de enfermagem para a promoção da saúde mental na gravidez.

1.1. Alterações psicoemocionais na gravidez

A gravidez envolve uma série de alterações físicas, fisiológicas, psíquicas e sociais, que requerem da parte da mulher, casal e família um equilíbrio constante e a aquisição e desenvolvimento de novas competências. De acordo com Colman e Colman “universalmente as mulheres grávidas vivem a gravidez como um acontecimento tanto psicológico como físico” (...) “cada gravidez é única. Cada mulher reage à sua própria maneira” (1994, p.31).

Para Colman e Colman, existem seis tarefas psicológicas da gravidez em que “cada tarefa deve ser explorada assim que surge, mais para resolver do que para ignorar questões, uma vez que novas tarefas se apresentam e os futuros pais têm de estar preparados para enfrentar novos desafios à medida que aparecem” (1994, p.175).

As seis tarefas psicológicas são: a aceitação da gravidez; a aceitação da realidade do feto; a reavaliação da relação com os pais; a reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro; a aceitação do bebê como um ser separado; e integração do papel parental. Estas tarefas vão-se concretizando ao longo dos três trimestres da gravidez e, sobretudo a última que se mantém para além do parto.

A primeira tarefa prevê que a **mulher assuma para si mesma e aceite a gravidez**, “o primeiro passo para adaptação ao papel de mãe é aceitar a ideia da gravidez e assimilar o estado de grávida no estilo de vida da mulher” (Lowdwemilk & Perry, 2008, p. 247). Os primeiros sintomas de gravidez podem deixar a mulher angustiada; “a ambivalência é normal no primeiro trimestre” (Colman & Colman, 1994, p. 65). Algumas mulheres podem encarar a primeira falta menstrual como irregularidade habitual, negando ou duvidando da possibilidade de estarem grávidas, quer pelo medo de ocorrer um aborto espontâneo, quer pelo medo da vivencia da gravidez e da parentalidade.

Na perspectiva de muitas mulheres, e da própria sociedade, é espectável que este período da vida seja dos mais felizes, mas, para algumas mulheres, a gravidez pode ser vivida com momentos de dúvida e receio. “Não é de admirar que um processo que impõe tantas exigências, como é o caso da gravidez, tenha invariavelmente associada a presença de ansiedade, mesmo que excluamos a sua dimensão patológica.” (Conde & Figueiredo, 2005, p. 41).

Para Colman e Colman “esta labilidade emocional será mais acentuada em algumas mulheres que em outras, dependendo da sua personalidade, do tipo de stress a que estão sujeitas, e da qualidade de apoio efetivo que recebem” (1994, p.33). Para algumas mulheres a gravidez significa uma mudança súbita do “seu mundo” e requer um processo de adaptação. Podem existir perspectivas académicas e/ou profissionais que tenham de ser adiadas, alterações físicas difíceis de aceitar, dificuldades económicas acrescidas, riscos para a saúde física e/ou psicológica, e medo da reação do companheiro e/ou família à gravidez.

A realização da primeira ecografia e a auscultação dos batimentos cardíacos fetais no primeiro trimestre e, a partir do segundo trimestre, a percepção dos movimentos fetais ajudam a mulher a consciencializar-se de que existe vida própria dentro de si, independente da sua. Segundo Colman e Colman (1994) é o início de uma outra tarefa psicológica: **aceitar a realidade do feto**. Para Canavarro, “esta fase, marca uma viragem importante no processo psicológico da gravidez, pois constitui o ponto de partida para a diferenciação mãe-feto, que se traduz na aceitação do feto como entidade separada, como um individuo distinto de si própria” (2001, p.39).

Para a grávida é importante a **reavaliação e reestruturação da relação passada e presente com os pais**, principalmente durante a infância e adolescência. Esta é uma outra tarefa psicológica da gravidez. Segundo Colman e Colman (1994), de uma forma geral, a grávida sente uma maior necessidade de convivência e tem uma maior frequência de pensamentos sobre os pais, especialmente a mãe, pois estes funcionam como modelo do comportamento materno para a mulher. Citando Canavarro “todos estes aspetos não se prendem apenas com dimensões instrumentais de ajuda e apoio, mas também com a atualização de dimensões relacionais” (2001, p.40).

Uma outra tarefa a desenvolver-se durante a gravidez e que se prolonga para além do parto é a: **reavaliação e reestruturação da relação com o cônjuge/companheiro**.

O casal organiza-se para incluir um novo elemento na sua relação, o que significa a integração de novos papéis e funções com a consequente reestruturação do conceito familiar. Para Canavarro, nesta fase “o relacionamento conjugal vai ser desafiado, (...) o casal tem que reajustar a sua relação, no plano afetivo, de rotina diária e de relacionamento sexual” (2001, pp. 41-42).

Segundo Canavarro (2001), o último trimestre da gravidez é considerado o período de preparação para a separação que culminará com o parto, sendo uma fase muito marcada pela tarefa psicológica, **aceitar o bebé como ser separado**. Esta tarefa inicia-se na gravidez, mas não termina no momento do parto, “com o nascimento do filho a mãe é confrontada com uma multiplicidade de tarefas, de decisões a tomar, de modificações na rotina e no relacionamento familiar e social (...) o objetivo principal [desta fase] consiste em aceitar que a criança é profundamente dependente, mas que simultaneamente precisa de autonomia” (Carvalho, Loureiro, & Simões, 2006, p. 46). O grande desafio é alcançar, de forma harmoniosa, a adaptação ao seu novo papel, de “ser mãe” e, “a tarefa principal consiste assim, em aceitar que, embora a existência do bebé possa ser gratificante para a mãe, ele existe para além dela e que deve ser aceite enquanto pessoa separada, com características e necessidades próprias” (Canavarro, 2001, p.43). Esta fase da gravidez é também marcada pela ansiedade relativa ao parto, nomeadamente pelo medo do desconhecido (sobretudo nas mulheres nulíparas), ou pelo receio de voltar a repetir experiências de parto que anteriormente foram negativas.

Algumas mulheres grávidas podem manifestar relutância em se envolver com o seu bebé durante a gravidez, ou demonstrar sentimentos negativos, especialmente quando a gravidez não é planeada e/ou desejada. O “vínculo” que se estabelece com o feto, é uma base para o relacionamento posterior da mãe com o bebé “real”. E este é afetado pela riqueza, ou pobreza, das representações mentais. Segundo a *The Royal Collage of Midwives* (RCM) (2012), essas representações mentais são moldadas, não apenas pelas mudanças biológicas que ocorrem, mas também por fatores psíquicos e sociais, pelo relacionamento da mulher com a sua mãe, pelos seus relacionamentos na infância, pelas suas tradições familiares, pelas suas esperanças, pelos seus medos e suas fantasias. Portanto, estas alterações biológicas e psicossociais poderão estar relacionadas com o aumento dos sintomas de ansiedade e depressão.

Integrar o papel parental, está intimamente ligado ao pós-parto, isto porque “as mulheres são confrontadas com grandes alterações nas suas vidas, as noites sem dormir, o choro de uma criança em casa, pouco tempo disponível para si, que exigem adaptações e reestruturações nos seus relacionamentos e rotinas” (Carvalho, Loureiro & Simões, 2006, p.47).

De acordo com Figueiredo (2005), a depressão na gravidez não é um tema tão explorado como a depressão no pós-parto. No entanto a mesma autora refere que, mais recentemente, um número crescente de investigações longitudinais dirigidas em amostras na comunidade “encontra que uma mais elevada percentagem de mulheres se deprime na gravidez em relação ao que acontece no pós-parto” (Figueiredo, 2005, p.24). Estes estudos indicam, ainda, que a história anterior de depressão é um fator importante de risco para a depressão no pós-parto, e também “que um número elevado de mulheres que desenvolverem depressão a seguir ao parto, já se encontram deprimidas na gravidez” (Figueiredo, 2005, p.25). Esta autora, refere também, que existe um grande consenso entre os investigadores e clínicos, que consideram que se realizaram muito menos estudos relativamente à depressão gravídica do que em relação à depressão pós-parto, e que é urgente reverter esta tendência, “até porque a primeira parece ser um elemento significativo para a ocorrência da segunda” (Figueiredo, 2005, p. 27).

1.2. Promoção da saúde mental na gravidez

A Declaração do Milénio das Nações Unidas para o ano 2000 é um documento histórico para o novo século. Aprovada na Cimeira do Milénio, realizada de 6 a 8 de setembro de 2000, em Nova Iorque, reflete as preocupações de 147 Chefes de Estado e de Governo, e de 191 países, que participaram na maior reunião de sempre de dirigentes mundiais. Todos os 191 Estados membros das Nações Unidas, e pelo menos 22 organizações internacionais, comprometeram-se a ajudar a alcançar os 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milénio até 2015 (Organização das Nações Unidas, 2000). Cada objetivo tem metas específicas e datas para os atingir. No objetivo - melhorar a saúde mental materna, a WHO (2017b) preconiza como metas: proporcionar estratégias para a promoção do bem-estar psicossocial, prevenir transtornos mentais das mães durante a gravidez e após o parto e fortalecer os

sistemas de informação, evidências e pesquisas relevantes para melhorar a saúde mental das mulheres. A componente de saúde mental deve ser incorporada como parte integrante das políticas, planos e atividades de saúde materna nos países.

Presentemente a WHO (2017b) mantém os programas de promoção da saúde mental. O plano abrangente de ação da WHO para a saúde mental 2013-2020, foi adotado pela 66ª Assembleia Mundial da Saúde. Os objetivos da Cobertura de Saúde Universal (UHC) da WHO em relação à saúde mental materna são: reforçar o apoio e proporcionar orientação global para a saúde mental das mães; providenciar aos Estados Membros apoio baseado na evidência, de forma a implantar serviços de saúde mental, sociais, económicos e de direitos humanos em ambientes sustentados na comunidade para identificação precoce e gestão de transtornos mentais maternos; fornecer estratégias para a promoção do bem-estar psicossocial, prevenção de distúrbios mentais das mulheres durante a gravidez e após o parto; apoiar a integração de programas de promoção da saúde materna e infantil, programas de saúde reprodutiva e incorporá-los com estratégias de igualdade de género e equidade e direitos humanos da WHO.

Governos e organismos internacionais relevantes ligados à obstetrícia têm produzido informações e normas na área da Saúde Mental na Gravidez.

Em 2005, a Direção Geral de Saúde (DGS), editou um “Manual de Orientação para Profissionais de Saúde – Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância”. Surge pela confirmação da evidência de que a promoção da saúde mental da mulher é fundamental durante a gravidez e nos dois primeiros anos de vida da criança. Com este manual pretende-se ajudar os profissionais de saúde que acompanham as mulheres/casais durante a gravidez e nos primeiros anos de vida da criança, a aumentar as suas competências técnicas e a promover a cooperação interinstitucional, assim como transmitir informação relevante e linhas orientadoras para a implementação de boas práticas para a promoção da saúde mental na gravidez e pós-parto e para a deteção precoce de problemas psicoemocionais e sociais (Cepêda, Brito & Heitor, 2005).

Na Grã-Bretanha, o Departamento da Saúde (Government of United Kingdom, 2012), divulgou um documento de orientação para apoiar a prática profissional em saúde mental materna. Este documento fornece uma abordagem estruturada para os problemas comuns associados à saúde mental e ao bem-estar materno, desde a

gravidez até os primeiros meses após o parto, proporciona indicadores para medir os resultados e assim avaliar os cuidados prestados, define a importância da visita domiciliária na gravidez e no pós-parto, e reconhece os contributos dos profissionais em obstetrícia, saúde mental e clínica geral nessa área. O documento em causa incentiva a prática do trabalho conjunto e uma abordagem integrada na prestação dos cuidados de saúde. Mostra também os princípios e os elementos necessários para aperfeiçoar os resultados, incluindo as opções de prestação dos cuidados detalhados segundo um plano de trabalho.

O RCM em 2012, publicou um Guia de Boas Práticas: “*Maternal Emotional Wellbeing and Infant Development*”. Este guia surge do reconhecimento de que a gravidez, o nascimento e o período pós-natal são períodos de grande mudança psicológica e social para as mulheres, nomeadamente pela necessidade de ajustarem os seus papéis como mães. Apoiar o bem-estar emocional das mães durante o período perinatal é, agora, reconhecido como tão importante como o enfoque tradicional na saúde física materno-fetal. As evidências crescentes sobre o desenvolvimento precoce do cérebro e a forma como os bebés desenvolvem o bem-estar emocional e comportamental no contexto dos seus relacionamentos iniciais, destacaram a importância particular de construir um vínculo com o feto ao promover a saúde mental na grávida. O guia fornece evidências científicas recentes sobre o impacto do bem-estar emocional da mãe durante a gravidez e a transição para a parentalidade, e sugere formas de capacitar para relacionamentos saudáveis entre pais e bebés. Em cada sessão aparece uma visão geral da teoria e de pesquisas recentes, seguida de sugestões práticas sobre como as mulheres podem ser apoiadas. O guia é recomendado para que seja usado como ponto de partida para a discussão entre colegas, e o desenvolvimento de ideias para avançar na prática.

O manual “*Thinking Healthy*” é um suplemento do Guia de Intervenção Mental *Health Gap Action Programme* (mhGAP) da WHO (2015). Foi desenvolvido em intervenções baseadas na evidência, para o auxílio na identificação de situações de alterações na saúde mental da grávida e da puérpera e orientações para os profissionais de saúde comunitária nos programas de saúde materna e infantil em diferentes países com línguas e culturas distintas. Uma das prioridades deste guia são as intervenções psicossociais para a depressão no período perinatal. O manual usa imagens e atividades estruturadas, para a utilização de forma simplificada, de terapia

baseada nos princípios da Terapia Cognitiva do Comportamento, integra exercícios de relaxamento e resolução de problemas na rotina diária. A abordagem “*Thinking Healthy*” enfatiza a importância do apoio social, e da saúde física e psicológica da mulher, além de enfatizar a importância da relação mãe/filho no período perinatal.

De acordo com *The American College of Obstetricians and Gynecologists* ([ACOG]) (2016), a depressão perinatal, que inclui episódios depressivos durante a gravidez ou nos primeiros 12 meses após o parto, é uma das complicações médicas mais comuns nesses períodos e, quando não detetada e referenciada precocemente pode ter efeitos negativos sobre a mulher, bebê e família. Desde 2005 a ACOG recomenda aos profissionais, que usem ferramentas de rastreio padronizadas e validadas, pelo menos uma vez durante o período perinatal, em mulheres com sintomas de depressão e ansiedade.

A *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE), em 2016, publicou: “*Antenatal and postnatal mental health*”. Este documento vem na continuação de orientações anteriores, e serve de guia para a prática clínica dos profissionais de saúde na identificação, avaliação e tratamento de problemas de saúde mental em mulheres em consulta pré concecional, pré-natal e puerpério. Compreende a abordagem da depressão, de distúrbios de ansiedade, distúrbios alimentares, distúrbios do uso de drogas e álcool e doenças mentais graves. Promove a detecção precoce e a gestão de problemas de saúde mental, com o objetivo de otimizar a qualidade de vida das mulheres durante a gravidez e no primeiro ano após o parto.

O relatório “*Perinatal Mental Health in Wales*” do *National Assembly for Wales Children, Young People and Education Committee*, publicado a 16 de outubro 2017, destaca 27 recomendações de autores, baseados na evidência científica, onde focam a necessidade do governo galês em realizar uma campanha de conscientização pública para a melhoria da compreensão da saúde mental no período perinatal. Nesse relatório os autores sugerem ao governo galês que trabalhe com as organizações profissionais de forma a garantir que a saúde mental perinatal se torne parte fundamental da aprendizagem e do desenvolvimento contínuo de competências de todos os profissionais de saúde que cuidam de mulheres no período pré e pós-natal. *Helen Rogers*, diretora do RCM (2017) no País de Gales, congratulou-se com o facto das opiniões profissionais e das recomendações do RCM terem sido integradas no referido relatório, nomeadamente, o facto de haver um profissional responsável pelos

cuidados perinatais para cada mulher, em cada concelho de saúde, pois o RCM acredita que isso é absolutamente vital para garantir a deteção precoce de sinais e sintomas de alterações psicoemocionais.

1.3. Cuidado de enfermagem para a promoção da saúde mental na gravidez

A natureza subjetiva como cada indivíduo vivencia os seus processos de saúde/doença confere a cada situação uma marca de singularidade. É essencial que o Enfermeiro Especialista, qualquer que seja a sua área de atuação, contribua, através do seu “olhar mais profundo” sobre a Pessoa numa situação específica, para a implementação de intervenções de enfermagem especializadas que promovam, estimulem e facilitem o suporte aos projetos de saúde dos indivíduos e a sua qualidade de vida (Leite, 2006). O cuidado humanizado é aquele que não se centra apenas na situação, mas na Pessoa como um todo. Exige intencionalidade, capacidade e experiência no âmbito do conhecimento holístico da pessoa. A individualização e personalização do cuidar em enfermagem, facilita a relação terapêutica. “É na expressão consciente das suas qualidades pessoais e profissionais [do enfermeiro] que se situa a base de todas as suas intervenções. Em diversas situações de ajuda serão as suas qualidades humanas que se constituirão como os principais utensílios” (Chalifour, 2007, pp. 9-10).

De acordo com a Teoria do Cuidar de Swanson (1993), as intervenções de enfermagem no processo do cuidar exigem conhecer o outro, de modo a que as intervenções de enfermagem propostas sejam significativas para ele, aceitar as suas expectativas e vontades, fazer pelo outro sem afetar a sua dignidade ou as suas crenças, possibilitando a capacitação para uma tomada de decisão e, mantendo a crença no seu bem-estar.

Swanson (1993) define quatro conceitos chave: **Enfermagem, Pessoa, Saúde e Meio Ambiente**. A **Enfermagem** é o cuidado assente no sentido de proporcionar bem-estar ao utente. Este cuidado é fundamentado na evidência científica, no conhecimento adquirido pela prática clínica e pelos valores culturais. A **Pessoa** é um ser dinâmico, em evolução, capaz de autorreflexão, ansioso pela relação com o outro e um ser espiritual. As vivências de cada indivíduo, são influenciadas por uma complexa inter-relação entre a genética, a espiritualidade e a liberdade de escolha.

Em relação ao conceito de **Saúde**, Swanson (1993) considera que experimentar saúde e bem-estar é ter uma experiência subjetiva, plena de significado, associada à integridade e totalidade do ser, com a capacidade de se exprimir plenamente. O conceito de **Ambiente**, mais do que físico é situacional, abrange qualquer contexto que influencia ou que é influenciado pelo cliente, sendo vários os domínios de influência.

Nesta perspectiva o enfermeiro coloca ao dispor de cada pessoa os seus conhecimentos e acompanha-a nas suas experiências de saúde, respeitando o seu ritmo e o caminho que ela própria escolhe. O enfermeiro e a pessoa são parceiros nos cuidados individualizados, “o cuidar é uma forma de se relacionar, crescendo com o outro significativo, com o qual nos sentimos pessoalmente envolvidos e responsáveis” (Wojnar, 2014, p. 693).

A Teoria do Cuidar de Kristen Swanson (1993) assenta em cinco pressupostos ou categorias que se interrelacionam umas com as outras: **Acreditar, Conhecer; Estar com; Fazer por; Possibilitar** (Fig.1).

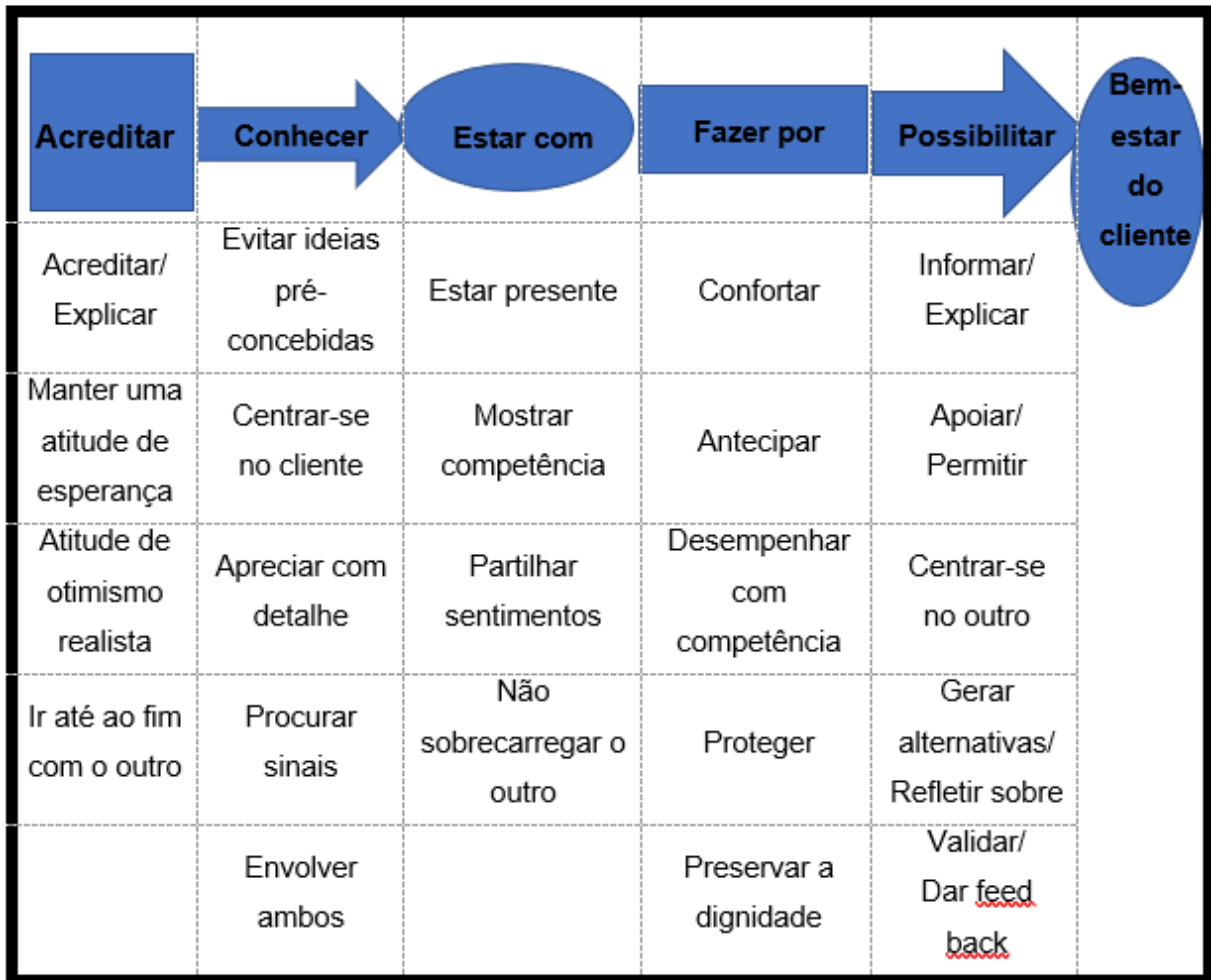
Acreditar está na base do cuidado de enfermagem e significa

“sustentar a capacidade do outro em ultrapassar um evento ou transição de forma a encarar o futuro com significado, acreditar nas suas capacidades e mantendo a autoestima, preservar uma atitude de esperança, transmitir otimismo realista e ajudar o outro a encontrar significado, não importa qual a situação” (Wojnar, 2014, p.690).

O EEESMO ao estabelecer uma relação terapêutica eficaz, promove a capacidade de aceitação da gravidez, de transpor a mudança e a transição para a maternidade, olhando para o futuro com significado. Demonstra também, respeito pelas capacidades, crenças e valores da mulher grávida, dando relevância às suas expectativas face à gravidez, ao parto e ao papel maternal, capacitando a mulher para tomar decisões esclarecidas.

“Um forte relacionamento com os prestadores de cuidados pré-natais, envolvendo uma comunicação eficaz e colaboração na tomada de decisões garante à mulher uma sensação de controle e *empowerment*. Este controle e capacitação provavelmente ajuda a proteger a mulher de alterações emocionais e encoraja-as ao autocuidado” (Nicoloro-SantaBarbara, et al., 2017, p. 134).

Figura 1 – Estrutura do cuidar segundo Swanson



Fonte: Conteúdo adaptado de Swanson 1993

É importante que o EEESMO **Conheça** a grávida e compreenda o que significa para ela estar grávida, isto é centrar-se na pessoa que é cuidada, e avaliar todos os aspetos da condição psicoemocional da mulher, “evitando suposições, procurando pistas e avaliando cuidadosamente” (Wojnar, 2014, p. 690).

Para **Estar com**, o EEESMO deve saber observar e interpretar reações verbais e não verbais, ouvir atentamente as expectativas e desejos da mulher grávida e família nomeadamente em relação ao parto e à vivência da parentalidade, assim como mostrar disponibilidade para a expressão de sentimentos. É “estar emocionalmente presente para o outro, (...) demonstrar disponibilidade e partilhar sentimentos sem sobrecarregar o que é cuidado” (Wojnar, 2014, p. 690).

Fazer por é: “apoiar o outro como o faria por si mesmo e com todos os meios possíveis, antecipar necessidades, confortar, executar com competência, e proteger o que é cuidado preservando a sua dignidade” (Wojnar, 2014, p.690). O EEESMO

pelas competências que lhe são inerentes deve criar condições assistenciais favoráveis e acolhedoras, antecipar junto da mulher e família as etapas mais vulneráveis da gravidez, prever necessidades psicoemocionais e sociais, envolver os conviventes significativos no cuidado e preparar e capacitar a grávida e família para o parto e parentalidade.

Possibilitar, é “apoiar o outro a ultrapassar transições da vida e eventos desconhecidos, focar a circunstância, informar, explicar, validar e sugerir alternativas” (Wojnar, 2014, p.690). O EEESMO promove o potencial de saúde mental na grávida, transmite informação pertinente acerca do parto e parentalidade de forma a capacitar para uma tomada de decisão, valida sentimentos e mostra alternativas. “Os programas de educação para a maternidade devem oferecer às grávidas instrumentos e estratégias para enfrentar a dor e o stress no trabalho de parto” (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras [APEO] & *Federación de asociaciones de Matronas de España* [FAME], 2009, p.74).

A Teoria do Cuidar de Swanson sustenta que o **Cuidar** é o princípio básico da enfermagem. No âmbito das competências do EEESMO, o cuidado prestado às grávidas/parturientes e CS, é adaptado a cada pessoa para proporcionar-lhe bem-estar físico e psicoemocional. É fundamental conhecer de que forma, a vivência da gravidez, a perspetiva do parto e a transição para a parentalidade, é marcante na vida do outro, mediante a partilha de sentimentos, a transmissão de capacidades, a informação e a confiança.

2. METODOLOGIA

Na UC de Opção do 8º CMESMO delineei um projeto numa área específica do meu interesse pessoal e profissional: aprofundar conhecimentos sobre os “**contributos de enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez**”. Os objetivos e as respetivas atividades a que me propus tiveram por finalidade o desenvolvimento de competências, no cuidado obstétrico, para a promoção da saúde mental na gravidez.

A pesquisa de bibliografia relevante foi uma constante. No início realizei pesquisa da literatura de forma a conhecer o atual “estado da arte”, referente aos contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez, de forma a confirmar a pertinência do tema. Consultei também sites de entidades/organizações nacionais e internacionais de referência como a OE, ICM, WHO, ACOG, NICE, RCM e DGS, contributo importante para a validação do tema.

Ao longo de todo o percurso de desenvolvimento de competências de EEESMO esteve subjacente uma apropriação de saberes, assente na PBE, prática esta que consiste em integrar as melhores fontes de pesquisa, ter habilidade clínica e reflexiva, aliada ao conhecimento da pessoa e dos seus valores e ao conhecimento do contexto organizacional onde os cuidados de enfermagem são prestados. A PBE vai ao encontro ao que está definido no Código Deontológico de Enfermagem, art.º 97, a), quando determina que o enfermeiro deve:

“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (OE, 2015b, p.74).

Também a OE relativamente aos Padrões de Qualidade da Prática da Enfermagem refere que “a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem, baseados na evidência, constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p.12).

Este ponto é dividido em dois subpontos, no primeiro descrevo a Revisão Scoping (RS) que realizei, no âmbito do meu projeto, e no segundo como desenvolvi e analisei o Guia de Colheita de Dados (GCD).

2.1. Revisão Scoping

A RS, consiste na revisão exploratória e sistematizada, destinada a mapear artigos, estudos e documentos relevantes numa determinada área. No âmbito do meu projeto, e com o objetivo de aprofundar conhecimentos acerca dos contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez, foi feita uma RS, cuja questão de pesquisa foi: **quais os contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez?**

Para identificar os termos de pesquisa, e de acordo com a norma do manual da Joana Briggs Institute (JBI) (2015), esta mesma questão foi dividida na População, Conceito e Contexto (PCC).

Tabela 1 – Elementos PCC

ACRÓNIMO	DESCRIÇÃO DOS ELEMENTOS	
P	População	Grávidas
C	Conceito	Contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez
C	Contexto	Não definido

No sentido de dar resposta à questão formulada, inicialmente, foi realizada uma pesquisa utilizando a plataforma EBSCO, limitada às bases de dados CINAHL Plus with Full Text (CINAHL Headings) e MEDLINE with Full Text (MeSH – 2017), com base na questão de pesquisa. As palavras chave foram pesquisadas na sua forma indexada, no entanto quando não foi possível, foram pesquisadas na sua forma natural. Nesta pesquisa, foram analisados o título e o resumo dos artigos encontrados.

Numa segunda etapa, foi feita pesquisa recorrendo aos descritores e aos termos de indexação identificados em ambas as bases de dados, através da utilização dos operadores booleanos “AND” (quando se tratava de conceitos diferentes) e “OR” (para agrupar as palavras que pertenciam ao mesmo conceito), que permitiram chegar ao resultado final da pesquisa.

Numa terceira etapa, foram utilizadas as referências bibliográficas dos artigos identificados para pesquisa de estudos adicionais.

Os termos utilizados em cada base de dados são apresentados nos Tabelas 2 e 3.

Tabela 2 – Termos usados na pesquisa da base de dados MEDLINE

Questão de Pesquisa	<i>Major Concept (MM)</i> (MeSH 2017)	Linguagem Natural
P (População)	(MM "Pregnancy"), (MM "Pregnant Woman")	"pregnant" "Expectant mothers"
C (Conceito)	(MM "Nurse Midwives") (MM "Nursing Care") (MM "Mental Health")	"midwives" "specialist midwives" "competency" "hability" "caring" "mental health promotion" "maternal mental health"
C (Contexto)		

Tabela 3 - Termos usados na pesquisa da base de dados CINAHL

Questão de Pesquisa	<i>Major Concept (MM)</i> (MeSH 2017)	Linguagem Natural
P (População)	(MM "Expectant Mothers") (MM "Pregnancy")	"pregnant" "pregnant woman"
C (Conceito)	(MM "Midwives") (MM "Nurse Midwives") (MM "Caring") (MM "Mental Health")	"specialist midwives" "competency" "hability" "mental health promotion" "maternal mental health"
C (Contexto)		

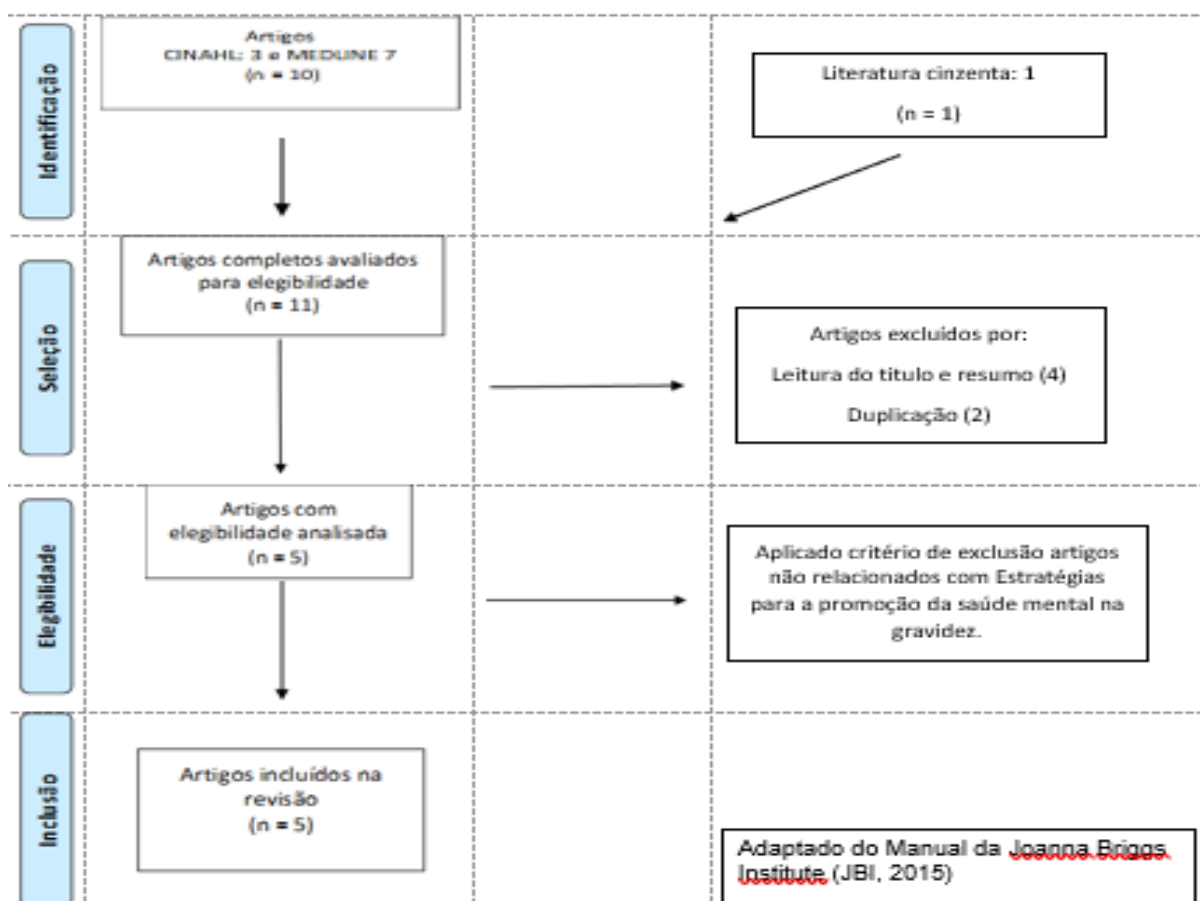
Critérios de inclusão dos artigos

- Publicados em Português, Inglês e Espanhol
- Texto integral disponível
- Limite temporal 2011-2018

Depois da aplicação dos critérios de inclusão foram identificados 10 artigos nas bases de dados MEDLINE e CINAHL. Optei ainda por realizar uma pesquisa livre noutras bases de dados, tendo encontrado 1 artigo em português. Após a leitura e análise dos mesmos, e tendo em conta os critérios de inclusão, foram seleccionados 5 estudos, que correspondem à melhor evidência encontrada, tendo por base a questão de pesquisa (Fig.2).

No Apêndice I, são apresentados, de forma lógica e sumariada, os constituintes relevantes dos 5 estudos, dando principal significado aos resultados e implicações para a prática, tendo em consideração a questão de pesquisa, a população, o conceito e critérios de inclusão definidos

Figura 2: Fluxograma relativo à seleção dos artigos a analisar.



2.2. Guia de Colheita de Dados

De forma a conhecer quais os contributos do enfermeiro obstetra, valorizados pela mulher e CS, na promoção da saúde mental na gravidez, elaborei um “Guia de Colheita de Dados” (GCD) que utilizei ao longo do ER (Apêndice II). Este guia permitiu-me uma sistematização da observação e dos respetivos registos que fui fazendo, ao longo do EC, relativamente às mulheres e CS a quem prestei cuidados, desde a admissão no BP até ao puerpério imediato.

A elaboração deste GCD foi o resultado das experiências vividas ao longo dos vários EC do CMESMO e da pesquisa e análise bibliográfica. Teve como objetivo, melhorar o processo de observação e recolha dos dados relativos a parturientes em TP, relacionados com os contributos do EEESMO na promoção da saúde mental na gravidez, para posteriormente os organizar e analisar.

Este GCD inclui alguns dados da identificação pessoal da mulher a quem prestei cuidados, a história obstétrica e da gravidez atual, conhecer os seus medos e receios sobre a gravidez, o parto e a transição para a parentalidade, se frequentou o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP) e de que forma os conteúdos abordados foram úteis, se elaborou Plano de Nascimento (PN). Inclui também a identificação e registo **dos contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez** e TP, e frases significativas expressas pela mulher e CS. Para além da colheita de dados fruto da observação e interação junto das 48 parturientes e CS, a quem prestei cuidados de EEESMO ao longo do TP, a informação do GCD foi recolhida também, pela consulta do Boletim de Saúde da Grávida (BSG) e Processo Clínico (PC).

A cada guia foi atribuído um número, correspondente a cada parturiente (P-1 a P-48). Nos subpontos 3.2 e 3.3 apresento alguns desses dados, assim como frases significativas, que identifico com um número (P...) do guião, confrontando com os artigos da SR e com a reflexão e análise que faço sobre a minha experiência no cuidar à mulher e CS no contexto de EC. Além disso, no ponto 3.3 exponho em dois quadros (quadro 1 e quadro 2), o que resultou da organização e análise dos registos que fiz das frases que entendi com significativas. Procedi à organização e à análise das frases significativas, tendo por base o enquadramento teórico, nomeadamente as seis Tarefas Psicológicas da Gravidez e o Processo do Cuidar segundo Swanson.

O sigilo profissional é um dever dos enfermeiros consagrado no Código Deontológico da OE, Artigo 106º, 1d): “manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (OE, 2015b, p.81), por isso e de modo a preservar a confidencialidade das parturientes e CS, a informação recolhida não revela a identificação dos intervenientes, sendo cada GCD identificado com um número. Descrito no Artigo 105º, está a conduta de “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015b, p. 80), assim informei cada uma das parturientes e CS acerca dos objetivos da colheita de dados e requeri, oralmente, a autorização para o registo das informações recolhidas.

Também considero importante preservar o anonimato dos profissionais e instituição onde decorreu o ER.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E GINECOLÓGICA

O ER foi, um grande desafio pessoal e profissional. O contexto de BP só o conhecia aquando das minhas duas experiências como parturiente. Para o desenvolvimento de competências como EEESMO foi necessário, antes demais, toda a experiência adquirida ao longo do CMESMO, nas aulas teóricas e práticas. Também foi essencial, na semana que antecedeu o estágio no BP, a Prática Simulada de Alta Fidelidade (PASF), com o robô e modelos estáticos, a simulação do parto em posições verticais e o treino da sutura da episiorrafia em ambiente seguro e controlado em laboratório, pois ajudaram a sistematizar os conhecimentos teóricos aliando à prática.

A pesquisa bibliográfica com recurso à melhor evidência científica disponível, foi fundamental para a aquisição e atualização de conhecimentos. No entanto a mobilização e articulação de saberes ao longo do estágio, a sua implementação e a reflexão sobre a prática de cuidados foram fundamentais para o desenvolvimento e consolidação de competências.

O ER decorreu no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia de um Hospital Distrital Público da Região de Lisboa e Vale do Tejo. Este serviço abrange todo o 3º piso da ala mais antiga do hospital e funciona 24 horas por dia. Até às 16 horas a admissão é feita na receção do SUGO, mas a partir dessa hora, a admissão das mulheres com necessidade urgentes do foro ginecológico, grávidas com patologia e/ou em trabalho de parto e mulheres até aos 28 dias de puerpério, vindas do domicílio ou transferidas de outras unidades hospitalares, faz-se na Urgência Geral. Podem vir sozinhas, acompanhadas por assistentes operacionais ou por equipas do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) ou Bombeiros. Após a avaliação clínica, a mulher pode ter alta, ficar internada por patologia ginecológica ou obstétrica ou, se estiver em fase ativa do TP, seguir para o BP.

No início do estágio adotei uma postura de observação e análise dos cuidados prestados, tendo por referência as competências dos EEESMOG. O contato com a equipa de enfermagem e a restante equipa multidisciplinar, assim como a consulta de documentos do serviço (protocolos, normas da instituição, guias orientadores, folhetos informativos, etc.), também foram importantes para a minha integração no contexto do ER.

Com o decorrer do ER fui ganhando autonomia e assim demonstrando as competências necessárias no cuidado à mulher grávida e durante o TP, executando o parto num ambiente seguro, no sentido de promover a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extrauterina, que me vão permitir trabalhar, no futuro, enquanto Enfermeira Especialista na área da Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica.

Ao longo de todo o estágio, desenvolvi competências orientada pelos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE (2001), cujas seis categorias de enunciados descritivos realçam a importância respeitante à satisfação dos clientes, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e ao autocuidado dos clientes, à readaptação funcional e à organização dos serviços.

Promovi a educação para a saúde, às mulheres e CS, considerado um elemento basilar para a prestação de cuidados de enfermagem de excelência, ao possibilitar a autonomia, gerar as oportunidades e fortalecer as capacidades, considerando sempre os valores e os ritmos de aprendizagem individuais, favorecendo a tomada de decisão em relação ao seu processo de saúde/doença.

Este ponto do relatório está subdividido em três subpontos, onde partindo dos objetivos definidos para o ER (apresentados na introdução deste relatório), descrevo e analiso as experiências e as atividades desenvolvidas, tendo em vista o desenvolvimento de competências de EEESMO.

3.1. O cuidado à mulher que recorre ao SUGO

Recorrem ao SUGO mulheres desde a menarca à menopausa, por alterações ginecológicas e/ou por transtornos do âmbito obstétrico. O EEESMOG tem como centro dos cuidados a “mulher no âmbito do ciclo reprodutivo (...) tendo subjacente o pressuposto de que a pessoa, como ser sociável e agente intencional de comportamentos é um ser único, com dignidade própria e direito a autodeterminar-se” (OE, 2015a, p. 13).

Começo por relatar e analisar algumas situações de cuidados às mulheres que recorreram ao SUGO com problemas do foro ginecológico, e em seguida abordarei as situações de mulheres que recorreram por questões obstétricas.

A área da ginecologia abrange uma diversidade de acontecimentos importantes no ciclo reprodutivo feminino, nomeadamente: a menarca, o ciclo menstrual, as afeções do aparelho génito-urinário e/ou mama e a menopausa. Ir ao SUGO, é por si só gerador de ansiedade, pelo medo do desconhecido, mas sobretudo pelo motivo que levou a mulher a recorrer ao serviço de urgência, pois está relacionada com a imagem corporal da mulher e com a saúde sexual e reprodutiva da mulher e/ou do casal.

Neste contexto, prestei cuidados especializados a três adolescentes entre os 12 e os 15 anos de idade que recorreram ao SUGO, acompanhadas pela mãe, por alterações relacionadas com a menstruação (dismenorreia primária e metrorragia). Apercebi-me do seu receio e surpresa por se encontrarem, na sua perspetiva, num serviço de urgência de adultos. Ajustei a minha forma de comunicar às características e necessidades das mesmas, assistindo-as como seres singulares “na transmissão de informação, orientação e recursos da comunidade sobre saúde ginecológica, promovendo a decisão esclarecida” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p. 8666).

Assisti também algumas mulheres que recorreram ao SUGO por alterações ginecológicas decorrentes da transição e adaptação à menopausa. Verbalizavam dúvidas e receios em relação a sintomatologia que apresentavam e apreensão em relação à sexualidade. As queixas mais frequentes eram as menometrorragias, metrorragias e infeções urogenitais repetidas. Importa, junto destas mulheres que estão a vivenciar processos de adaptação à menopausa, promover a saúde, diagnosticar precocemente e prevenir complicações pois, e de acordo com a Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG),

“A menopausa representa um evento fisiológico, mas sabe-se que a ela estão associados uma variedade de sintomas que interferem com o bem-estar, podendo limitar o desempenho das atividades quotidianas, numa etapa em que, à mulher, é reconhecido um papel preponderante, não só a nível pessoal e familiar como também no campo profissional” (SPG, 2016, prefácio).

No cuidado a estas mulheres, procurei **conhecer** a sua história ginecológica e obstétrica, perceber o desconforto e as implicações que essa sintomatologia tem na sua vida pessoal, afetiva e sexual. Elucidei sobre as alterações físicas e psicoemocionais decorrentes da menopausa e sobre a importância de conhecer esses transtornos de forma a diminuir o seu impacto.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), e de acordo com os resultados do Inquérito Nacional de Saúde 2014:

“84,2% das mulheres residentes com idade entre 50 e 69 anos referiram ter realizado uma mamografia nos 2 anos anteriores à entrevista, 70,7% das mulheres residentes com idade entre 20 e 69 anos referiram ter efetuado uma citologia cervical, nos 3 anos anteriores à entrevista” (INE, 2016, pp. 5-6).

Estes resultados são satisfatórios, no entanto, e sempre que foi oportuno, informei sobre a importância da vigilância ginecológica e da realização da auto palpação da mama, dos rastreios da mama e do cancro do colo do útero pois, no âmbito da promoção da saúde ginecológica da mulher são competências do EEESMOG “conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas, projetos e intervenções de rastreio no sentido de promover a saúde ginecológica” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p. 8666).

Os EEESMOG devem estar atentos às mulheres que recorrem ao SUGO com manifestações clínicas de violência, sejam elas, agudas ou crónicas, físicas, mentais ou sociais. As manifestações clínicas crónicas podem resultar de agressões sexuais que podem originar Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), infeções urogenitais repetidas e gravidezes indesejadas. A violência doméstica é uma violação dos direitos humanos e um problema de saúde pública (Ferraz, Lacerda, Labronici, Maftum, & Raimondo, 2009).

A recorrência frequente ao SUGO deve ser objeto de profunda atenção da parte do EEESMOG, pondo em prática a capacidade de acolher, observar, escutar e compreender, pois, “ao adotar a postura de ouvir a mulher que busca o serviço de saúde, com suas queixas variadas, tem nesse momento, condições de rastrear situações de violência que estejam contidas no silêncio, no medo e na vergonha” (Coelho, Ferreira, & Santiago 2010, p. 158). Durante o ER estive alerta a essas situações, analisando a comunicação verbal e não verbal entre o casal, nomeadamente quando o companheiro fazia questão em entrar e parecendo não dar espaço à mulher para responder às perguntas, exercendo manifestações de intimidação, domínio e/ou disciplina.

O EEESMOG na inerência das suas competências “identifica problemas relacionados com a vivência da sexualidade referenciando as situações que estão além da sua área de atuação” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p.8662). A articulação com outros profissionais, nomeadamente a psicóloga e a assistente social, são fundamentais para proporcionar medidas de suporte. Também é de grande importância a articulação com as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), pela

proximidade que têm com as famílias/comunidade, “garantindo a continuidade dos cuidados de enfermagem, maximizando os recursos comunitários disponíveis e existentes” (OE, 2015a, p. 26).

A experiência no SUGO também permitiu uma variedade de práticas de aprendizagem do âmbito obstétrico, contribuindo para o desenvolvimento de competências em ESMO, no sentido de “cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o período pré-natal, de forma a potenciar a sua saúde, a detetar e tratar precocemente complicações, promovendo o bem-estar materno-fetal” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p. 8663).

No SUGO prestei cuidados a mulheres com diagnósticos de: aborto retido ou em evolução, gravidez ectópica e em processo de IVG. O EEESMOG “identifica e monitoriza o trabalho de abortamento, assim como concebe, planeia, implementa e avalia intervenções com a finalidade de potenciar a saúde da mulher durante o abortamento e após o aborto” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p.8663).

Assisti às mulheres na identificação e no controlo da hemorragia e da dor, e vigilância das perdas hemáticas. Prestei cuidados na preparação para o internamento e acolhimento no serviço, procurando tranquilizar e explicar todos os procedimentos.

Nos casos de gravidez planeada e desejada, uma multiplicidade de sentimentos, como a frustração, desanimo e tristeza, angustiavam as mulheres/casais. Procedi, de acordo com Swanson (1993), **fazendo por:** escutar, compreender os silêncios e proporcionar a partilha de sentimentos do casal.

Relativamente às mulheres em processo de IVG, prestei cuidados ao apoiar a decisão esclarecida de forma a minimizar o sentimento de culpa, manifestado por palavras e olhares. Uma diversidade de variáveis pessoais, familiares e sociais, modelam o processo de tomada de decisão na IVG e, consoante a sua natureza, facilitam ou dificultam este procedimento, condicionando as respostas emocionais das mulheres. Sereno, Leal & Maroco, citando Stotland (2000), referem que:

“do ponto de vista psicológico, a IVG pode ser entendida como uma experiência com importantes significações e implicações emocionais, intimamente relacionadas com as características de personalidade e as experiências prévias de cada mulher, as suas relações interpessoais, as suas crenças religiosas, as suas contingências de vida e o ambiente social, cultural e legal circundante” (Sereno, Leal & Maroco, 2009, p.194).

Em todas estas mulheres/casais, no momento da alta, clarificava sobre os sinais e sintomas esperados e os de alerta que justificam a vinda ao SUGO, e sobre a importância da continuidade dos cuidados na promoção da regulação da fecundidade no âmbito da consulta de planeamento familiar, nos CSP.

Oportunamente realizei cuidados especializados a grávidas com patologia prévia ou com patologia desenvolvida na gravidez, nomeadamente: hipertensão arterial induzida pela gravidez. Desenvolvi competências na identificação, monitorização e avaliação do bem-estar materno fetal, pela interpretação dos sinais e sintomas e dos valores laboratoriais.

Assisti uma grávida, com 32 semanas de gestação, cuja gravidez estava a ser seguida no hospital, por referência dos CSP, por Hipertensão Crónica associada à Gravidez. Anterior a esta gravidez tinha ocorrido um aborto espontâneo e uma morte fetal às 20 semanas. Praticar cuidados antecipatórios pressupõe a avaliação e deteção precoce do risco e isto implica conhecimento teórico, habilidades técnicas e capacidade de comunicação. Identifiquei e monitorizei os sinais de Pré-Eclampsia (PE) pela parametrização dos sinais vitais e pela análise sumária da urina, e questioneei sobre os sintomas de risco. Elucidei sobre os procedimentos e sobre os achados clínicos, fiz também a Auscultação dos Batimentos Cardíacos Fetais (ABCF), que ajudou a tranquilizar a grávida. A mulher indiciava preocupação e receio, pela sua saúde, mas principalmente pelo seu bebé. Ouvi-a atentamente e esta manifestou verbalmente o medo da perda. De acordo com Swanson (1993), **fiz por**, ao incentivar a comunicação das emoções, identificar os fatores desencadeantes de ansiedade, disponibilizar suporte emocional, antecipar as necessidades e preservar a venerabilidade daquela grávida.

As mulheres que recorreram ao SUGO no 3ºT, por diminuição da perceção dos movimentos do feto, manifestam sentimentos de vulnerabilidade. “A Mulher pode sentir-se excitada ou ansiosa. Necessita que a parteira lhe transmita segurança, calma e informação explícita sobre o que está a acontecer” (OE, 2015a, p.39). Estabeleci com essas mulheres relações terapêuticas no sentido de escutar as suas dúvidas, demonstrar interesse e valorizar as suas expectativas. Avaliava o bem-estar materno-fetal pela ABCF e/ou monitorização externa cardiotocografia (CTG). Esclarecia sobre os procedimentos e os seus achados o que tranquilizava as mulheres/casais. Quando

pela avaliação realizada à mulher, esta ainda não estava em TP, esclarecia sobre os sinais de alerta para regressar ao SUGO.

Durante o EC no SUGO, vivenciei um caso clínico de uma jovem de 19 anos, primípara, com 40 semanas de gestação, que ficou internada para vigilância da taquicardia fetal diagnosticada no CTG. O momento do internamento pode ser difícil emocionalmente, “quando a Mulher é admitida no hospital pode experienciar uma série de emoções e sentimentos negativos, no mínimo sente-se vulnerável fora do seu ambiente...” (OE, 2015a, p.40). Observei o seu olhar, transparecia receio, estava vestida com a bata e os chinelos do hospital, a colocar os seus pertences dentro de um saco. O facto de se ser despojado dos nossos bens, nomeadamente da roupa e objetos pessoais, é, para mim que já tive esta experiência, muito constrangedor. Esta situação fez-me refletir e questionar do porquê de não utilizar a própria roupa no BP. Como futura EEESMO fundamento a perspetiva da OE “a mulher deve poder optar por usar a sua própria roupa” (OE, 2015a, p.42).

Como não estava em fase ativa do trabalho de parto não lhe foi permitido ficar com o CS, o que a deixou ainda mais ansiosa. Agi de acordo com o referencial teórico Swanson (1993), ao **possibilitar** o apoio necessário para ultrapassar este evento inesperado. Fiz o acolhimento, expliquei todos os procedimentos no BP, validei os seus sentimentos e procurei proporcionar bem-estar emocional, facilitando o contato telefónico com o namorado, promovendo, assim, um momento de intimidade e tranquilidade através de uma chamada. Mantive a vigilância materno-fetal ao longo da noite, entrando e saindo do quarto silenciosamente de forma a não perturbar o sono, e respondendo a alguma questão. É essencial escutar e demonstrar compreensão pela manifestação dos medos e receios da mulher, esclarecer sobre todos os procedimentos de forma a capacitar na tomada de decisão, envolver o CS no processo de cuidados e criar condições ambientais favoráveis e acolhedoras ao longo de todo processo assistencial (OE, 2015a).

Assisti a muitas mulheres que recorram ao SUGO por contratilidade dolorosa e/ou REBA. Desenvolvi competências na avaliação geral e obstétrica, na identificação e monitorização do trabalho de parto, na deteção precocemente das complicações e na antecipação das necessidades. O cálculo do Índice de Bishop ou índice pélvico, cujos parâmetros de avaliação são: a dilatação, o apagamento, a consistência, a posição e o estágio, é utilizado como indicador para uma indução ao parto. Numa gravidez de

termo, “a indução do parto, desde que o colo uterino se apresente favorável, isto é com um índice de Bishop igual ou superior a 5, é a atitude habitualmente recomendada na gravidez prolongada” (Graça, 2017, p.447).

3.2. O cuidado à Parturiente e CS durante o TP e cuidados ao RN

Sempre que possível, assisti às parturientes e CS, desde a admissão no BP até ao puerpério imediato, o que me permitiu, enquanto estudante do CMESMO e profissional de enfermagem, um conhecimento mais ampliado de cada parturiente nas suas dimensões bio/psico/social e emocional.

Relativamente a cada uma das 48 mulheres a quem prestei cuidados, fiz uma colheita de dados tendo por base o GCD, já referido no subponto 2.2. Neste, e no subponto 3.3, apresento os resultados obtidos e exponho as frases significativas verbalizadas pelas parturientes e CS, para dar exemplos, da forma, como os cuidados especializados revelam **os contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental durante a gravidez e TP.**

As passagens de turno de enfermagem, foram fundamentais para o conhecimento de cada mulher internada. Consultava o PC e o Boletim de Saúde da Grávida (BSG), de forma a obter conhecimento mais detalhado da parturiente, nomeadamente, dos fatores socioculturais, da história obstétrica e da gravidez atual.

O intervalo das idades das parturientes situou-se entre os 17 e os 45 anos, sendo a média de 31,1 anos. Apesar de ser uma ínfima parte de um todo a nível nacional, estes dados estão em consonância com os últimos dados da Estatística Demográfica de 2017 do Instituto Nacional de Estatística (INE) que refere que a idade média da mãe ao nascimento de um filho (independentemente da ordem de nascimento), em relação ao ano anterior, passou de 30,2 para 31,2 anos (INE, 2018).

Relativamente ao estado civil, a maior parte destas mulheres estavam casadas (22), ou a viver em união de facto (21) e 5 mulheres eram solteiras.

Relativamente às habilitações literárias constatei que variava entre o 4º ano (1 mulher) e o mestrado (1 mulher). A maior parte das mulheres tinha o 12ºano (22).

Em relação à situação profissional, uma multiplicidade de profissões, sendo que a maior parte eram operárias fabris (9). A registrar 3 mulheres desempregadas e 1 estudante.

Relativamente à história obstétrica, 17 mulheres eram nulíparas e 26 múltiparas, sendo que destas, 5 eram grandes múltiparas. Relativamente à idade gestacional uma mulher estava com 28 semanas de gestação, as restantes estavam no final da gravidez.

Realizei o EC num BP, cujo o ambiente físico, é constituído por cinco salas com wc e duche de uso individual, preparadas para os cuidados durante os 4 estádios do TP, num ambiente agradável e com luz natural. Os cuidados de excelência dos EEESMO no BP pressupõem garantir um ambiente calmo, seguro e individualizado, de forma a facilitar a progressão do TP e uma satisfatória experiência no parto. De acordo com Garcia, Redshaw, Fitzsimons e Keene (1998) “cuidar do ambiente em que se encontra a parturiente, assim como das suas necessidades individuais, pode contribuir para que o parto se desenvolva de um modo mais satisfatório para a mulher” (APEO & FAME, 2009, p.33).

Implementei medidas de suporte emocional e psicológico à mulher em TP, pois há evidências de que “a presença da parteira, em assistência *one to one*, está associado a maior satisfação das mulheres” (OE, 2015a, p.41). Experimentei esse sentimento, por parte de quem assistia. Por exemplo (P6) disse: “enfermeira, por favor fique comigo, eu não vou conseguir sozinha” e (P20) afirmou “tenho pena se não for a enfermeira a fazer o parto, já tenho confiança consigo”. É assim, fundamental, a presença continua da parteira de forma a sustentar a sensação de segurança pois, e de acordo com a Iniciativa Parto Normal Documento do Consenso, “as mulheres deveriam contar com pessoas próximas e profissionais que as apoiem durante o TP, já que este apoio melhora a fisiologia do parto e a sensação de confiança materna” (APEO & FAME, 2009, p.74). Uvñas-Moberg e Petersson (2005); cit. por Campos & Graveto (2010) mencionam que os mecanismos psicológicos podem desencadear a secreção de ocitocina, ou seja, que interações sociais positivas nomeadamente o toque e suporte psicológico, ambiente confortável e positivo, apoio e empatia podem ser catalisadores da libertação da ocitocina, sendo esta hormona fundamental para a evolução do TP.

De seguida descrevo atividades que desenvolvi e faço uma análise do desenvolvimento das competências, no cuidado materno-fetal e do CS, em cada um dos 4 estádios do TP.

O Cuidado no 1º Estádio

Na relação terapêutica, é fundamental requerer o consentimento verbal e trabalhar em parceria na essência do assistir baseado nas preferências e opções da mulher/casal no que respeita à experiência do parto que querem vivenciar, tendo em conta as suas crenças, valores e tradições (ICM, 2013). Questionei todas as parturientes, a quem prestei cuidados, sobre os conhecimentos que possuíam e de que forma projetavam o TP. **Acreditar**, de acordo com Swanson (1993), inclui o respeito pelas suas opiniões e princípios, dando valor às suas expectativas face ao TP e ao papel maternal e capacitando a mulher na tomada de decisões esclarecidas.

Duas parturientes tinham elaborado o PN. Procurei validar a pertinência e as formas de executar as suas escolhas, garantindo intervenções de qualidade e de risco controlado. “Quando a mulher inicia o parto, o PN deve estar presente em todo o processo, para que uma vez avaliados os possíveis riscos, se possa adaptar os desejos expostos no PN com a evolução do processo” (APEO & FAME, 2009, p.27).

No Projeto Maternidade com Qualidade, da OE (2013a), um dos indicadores de evidencia e medida do projeto é efetivar a ingesta ao longo do TP, segundo diretrizes da WHO. Os benefícios associados à ingestão oral durante o TP, vão muito para além dos aspetos físicos como a prevenção da desidratação, da cetoacidose e da sobrecarga hídrica materna; a manutenção da reserva energética para o feto e para da atividade uterina; a regulação natural das mulheres à medida que avança o TP, com diminuição progressiva espontânea do consumo alimentar. Esses benefícios são também importantes para a promoção da saúde psicoemocional (diminuição dos níveis de stress, aumento do sentimento de autocontrolo e aumento do conforto e da satisfação da parturiente). Durante o EC tive presente tudo isto, pelo que, avaliava e implementava intervenções de promoção do conforto e bem-estar à mulher em TP, proporcionando a ingestão de água e gelatina. Algumas parturientes e CS também faziam referência à ingestão de alimentos e líquidos durante o TP. Por exemplo P3

referiu “ainda bem que posso beber água, tinha a boca tão seca” e P5 “não sabia que podia comer gelatina, de facto é agradável” (Quadro 2).

A maioria das mulheres tinham no PC, a prescrição médica para iniciar ocitocina diluída em soro em perfusão em bomba infusora. “A ocitocina sintética tanto pode ser utilizada para induzir o parto como para acelerar um TP que está a progredir lentamente, devido a contrações ineficazes” (Lowdwemilk & Perry, 2008, p. 833). A indução ou aceleração do TP com ocitocina pode não estar só indicada no caso de contrações uterinas inadequadas, mas também em casos de risco materno-fetal. Nestes casos a vigilância e interpretação do CTG são fundamentais para a avaliação do bem-estar materno-fetal. De acordo com o Documento do Consenso da Iniciativa Parto Normal “o registo cardiotocográfico contínuo é útil em partos em que se administra ocitocina para induzir ou aumentar a dinâmica uterina, já que foi demonstrado que reduz complicações fetais” (APEO & FAME, 2009, p.61).

Algumas parturientes mencionavam desconforto causado pela restrição na liberdade de movimentos devido à monitorização continua (CTG) e à perfusão de fluidos permanentes. Por isso, e tendo em conta o bem-estar materno-fetal, incentivava e auxiliava nas mudanças frequentes de decúbito e na deambulação. No Projeto Maternidade com Qualidade, da OE (2013b), outro dos indicadores de evidencia e medida é promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no TP, sendo que o alívio da dor durante o TP contribui para o bem-estar físico e emocional da mulher. Estas medidas não farmacológicas englobam a liberdade de movimentos, nomeadamente a deambulação/mudança de decúbito e o uso da bola de Pilatos, o apoio contínuo à parturiente, o uso da água como relaxante e outras técnicas, como por exemplo a aromaterapia e a musicoterapia. Pela evidencia sabe-se que, o apoio contínuo à mulher em TP, diminui a duração do TP, a necessidade de analgesia epidural, aumenta a probabilidade de parto eutócico e proporciona maior satisfação na experiência de parto.

Prestei apoio contínuo a uma parturiente que, no seu PN, delineou experimentar o equipamento existente no local para ajudar a aliviar a dor durante o TP. Referiu que nos partos anteriores não tinha tido essa oportunidade. Implementei e avaliei intervenções adequadas à evolução do TP, potenciando as condições de bem-estar e conforto da mãe e do feto, assisti a mulher e CS na utilização do duche, da bola de Pilatos, nas massagens, na deambulação e na liberdade de movimentos. Segundo o

referencial teórico **fiz por** quando proporcionei as condições assistenciais favoráveis para o alívio da dor, auxiliei e capacitei a parturiente e CS na utilização dos métodos não farmacológicos para alívio da dor.

É fundamental informar a parturiente acerca de estratégias para o alívio da dor no TP, incluindo todas as opções existentes, e não informar apenas acerca das vantagens e desvantagens da analgesia epidural (APEO & FAME, 2009). A maioria das parturientes que assisti, encontravam-se hesitantes em relação ao recurso à analgesia epidural. Respondia às questões colocadas por elas e CS sobre o procedimento, os seus riscos e benefícios e ainda sobre outras formas de promoção do controlo da dor decorrente do TP. Quando as mulheres optavam pela analgesia epidural, participava com os outros profissionais na execução desta intervenção de forma a promover o conforto e a prevenir/aliviar a dor. Após a realização da técnica, incentivava ao repouso, favorecendo um ambiente tranquilo. Depois avaliava a força nos membros inferiores, e estimulava à deambulação, às posições verticalizadas e à utilização de medidas não farmacológicas para facilitar a progressão fetal.

Para identificação e monitorização dos desvios padrão da evolução do TP e do risco materno-fetal, executava as manobras de Leopold, importante para a avaliação da estática fetal. Esta técnica permite o reconhecimento da apresentação, particularmente em relação à posição e situação fetal, e ter uma perceção da dimensão do feto. Em conjugação com a cervicometria é possível fazer a avaliação e determinação da adequação da estrutura pélvica em relação ao feto durante o TP.

O toque vaginal (TV) permite fazer a avaliação da progressão do TP através de 6 indicadores: “posição, consistência, extinção e dilatação do colo uterino, descida e rotação da cabeça fetal” (APEO & FAME, 2009, pp.46-47). No caso de REBA permite avaliar as características do Líquido Amniótico (LA). No início do EC, senti alguma dificuldade em fazer esta avaliação clínica, no entanto, ao longo do estágio e com o apoio da Enfermeira Orientadora, fui-me tornando autónoma, tendo consciência da importância desta competência do EEESMO. Planeava e executava o TV tendo sempre em conta que este “procedimento clínico e invasivo tivesse uma indicação seletiva e não rotineira” (OE, 2015a, p.41). Por se tratar de um exame invasivo e doloroso, pedia sempre a permissão e colaboração à parturiente, explicava o procedimento e a sua importância e proporcionava privacidade e conforto pois “a Mulher deve sentir-se parceira e experimentar sentimentos de respeito mútuo, que

permitem que a Mulher relaxe e responda positivamente às forças espantosas do TP” (OE, 2015a, p.40).

Analisa as interferências à evolução do TP como, por exemplo, a existência de globo vesical. Promovia o levante e a deambulação para o esvaziamento vesical espontâneo no WC. Na impossibilidade de o fazer, e após o consentimento da mulher, fazia o esvaziamento vesical de forma artificial explicando previamente o procedimento e a sua importância.

O Partograma é fundamental para a avaliação da progressão do TP. “A progressão anormal pode ser reconhecida quando a dilatação cervical e a descida fetal são registadas num gráfico (...), a intervalos variáveis (Lowdwemilk & Perry, 2008, p. 823). Fazia o registo de forma concisa e a interpretação dos dados, de forma a detetar desvios da normalidade. Em algumas situações, a identificação e monitorização dos desvios padrão da evolução do TP, implicaram a referência a outros profissionais. Por vezes, e de acordo com a avaliação clínica, optava-se pela amniotomia terapêutica. É fundamental, nesta prática, a avaliação da apresentação fetal, para garantir que está encravada e bem apoiada para não haver o risco de prolapso do cordão. Tanto no caso de REBA como da Rotura Artificial da Bolsa Amniótica (RABA), avaliava as características do LA: quantidade, cor e cheiro, pois são “determinantes para a evolução da progressão do TP e bem-estar fetal” (APEO & FAME, 2009, p.61). De seguida fazia o registo no partograma destes achados.

O Cuidado no 2º Estádio

Ao longo do EC fui desenvolvendo competências na identificação das manifestações clínicas do período expulsivo, sendo este “o segundo período do TP que se inicia quando o colo do útero está totalmente dilatado. Este início anatómico pode ou não coincidir com a necessidade urgente da mulher puxar ou expulsar” (APEO & FAME, 2009, p.79). Esses sinais e sintomas vão muito para além das alterações físicas do colo do útero, envolvem todo um processo emocional: sudorese, náuseas e vômitos, tremores, tensão nervosa e vocalizos. Assisti a mulheres que se levantavam da cama e, a chorar, diziam que se “iam embora para casa”, outras proferiam impropérios contra tudo e todos e outras, ainda, ficavam apáticas. Por

exemplo P8 referiu “enfermeira ajude-me não aguento mais estas dores, são insuportáveis”, P9 afirmou “isto está a assustar-me, quero ir embora” (Quadro 2). Em todas estas situações, mantive uma atitude de **crença**, nas capacidades da mulher, atitude esta, fundamental, para preservar a calma e transmitir confiança e segurança. “A dor do TP é positiva e tem um propósito, a Mulher tem que confiar no seu corpo e na capacidade para parir” (OE, 2015a, p.44).

Tive a oportunidade de participar em 40 partos eutócicos. Cada um deles uma experiência diferente e singular. No início do ER, quando a mulher apresentava dilatação completa, sentia-me insegura relativamente aos procedimentos a desenvolver durante o período expulsivo, mas, com o aprofundamento dos conhecimentos teóricos, a análise e a reflexão das práticas e a validação com a enfermeira orientadora, fui ganhando mais autonomia e desenvolvendo competências de EEESMO durante o parto.

Aplicava as técnicas adequadas na execução do parto eutócico de apresentação cefálica, mantendo a vigilância do bem-estar materno-fetal pela avaliação do CTG, orientava nos esforços expulsivos e incentivava a agir instintivamente.

Adotei sempre uma conduta de proteção ativa do períneo: “uma mão exerce pressão sobre o períneo enquanto que a outra segura a cabeça para que esta saia suavemente, e manobra-se de forma ativa a saída dos ombros” (APEO & FAME, 2009, p.95). Em 19 das mulheres em que colaborei no parto, o períneo permaneceu intacto. Foi estritamente necessário executar episiotomia a 13 mulheres, pelo risco eminente de lacerações de grau III ou IV, devido a rigidez perineal ou altura do períneo inferior ou igual a 3 cm. Relativamente às restantes mulheres, 6 mulheres apresentaram lacerações de grau II, e 2 de grau I.

Após a expulsão da cabeça fetal, avaliava se haviam circulares cervicais. Apenas uma vez foi necessário executar o clampeamento e corte do cordão umbilical, pelo facto da circular ser extremamente justa, pois “caso se opte pelo clampeamento/corte o bebé tem de nascer logo de seguida, pelo que esta deve ser a última opção e não a de primeira escolha” (OE, 2015a, p.45). Todas as outras situações resolvi passando o cordão pela cabeça fetal.

Prestei cuidados especializados a 20 mulheres que tiveram um parto distócico (dez ventosas, um fórceps e nove cesarianas). Identifiquei e monitorizei o risco materno-fetal e/ou os desvios padrão à normal evolução do TP, nomeadamente, não

adequação da estrutura pélvica, que determina a não progressão fetal e/ou pela avaliação do CTG, desacelerações ou bradicardia fetal mantidas. Nestas situações referenciei para a equipa médica que, depois de reavaliar a situação decidiu pelo parto distócico.

Nas situações de parto distócico mantive os cuidados na promoção do conforto e bem-estar emocional. Algumas parturientes manifestaram a sua vontade da continuidade dessa assistência: P 12 referiu “a enfermeira vai continuar aqui comigo não vai?” (Quadro 2). Forneci informações sobre o parto distócico (fórceps e ventosa) e encorajei a mulher a permanecer ativa nos esforços expulsivos, quando solicitada e no momento das contrações. Colaborei com a equipa médica, tanto na assistência à parturiente como nos cuidados imediatos ao RN, otimizando a sua adaptação à vida extrauterina. Relativamente a todos os RN, a quem prestei cuidados, em nenhum deles identifiquei alterações morfológicas ou funcionais, não havendo por isso necessidade de referenciação à equipa médica.

Nas situações de cesarianas, a minha intervenção de cuidados, foi dar suporte emocional e psicológico, respondendo às dúvidas e receios da mulher sobre os procedimentos. Após o nascimento prestei cuidados ao RN na adaptação à vida extrauterina, cooperando com o pediatra. Quanto o RN estava estabilizado, mantinha a vigilância e promovia a vinculação precoce.

Implementei e avaliei intervenções numa situação de perda perinatal, às 28 semanas. **Estive com**, ao avaliar a comunicação verbal e não verbal, ao identificar e interpretar as emoções, ao escutar a sua frustração pela perda, ao estar disponível para a expressão e partilha dos sentimentos e ao capacitar para a perda perinatal, tendo presente que “existe um período inicial de sofrimento agudo e choque, seguido por um período de luto intenso que inclui reações emocionais, cognitivas e comportamentais” (Lowdwemilk & Perry, 2008, p. 983).

O Cuidado no 3ºEstádio

Depois do nascimento aguardava, durante cerca de 30 minutos pela dequitação espontânea. Observava os sinais de descolamento, extraia a placenta por tração controlada do cordão umbilical com movimentos suaves e circulares. Amparava a

expulsão da placenta e ajudava a saída das membranas fetais. Verificava a integridade e características da placenta, das membranas e do cordão umbilical, perguntava à mulher e CS se queriam ver a placenta para além de explicar a sua função.

Tive experiência de uma situação de fragmentação de membranas. Referenciei à equipa médica, tendo esta realizado ecografia, não havia alterações ecográficas. Houve também uma situação em que, 30 minutos depois do nascimento, não se observavam sinais de descolamento da placenta, apesar da tração controlada do cordão umbilical. Neste caso, referenciei a parturiente à equipa médica que executou a extração manual e posterior revisão uterina.

Seguindo as recomendações da WHO (2012) para a prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto, após a dequitação, procedia à avaliação do tônus uterino, realizava a massagem uterina e administrava ocitocina quanto identificava hipotonia uterina. A WHO (2012), fundamentada pela evidência científica, recomenda também, a prática da clampagem tardia do cordão umbilical, como forma de prevenção da hemorragia pós-parto.

No final da dequitação, avaliava a integridade do canal de parto e executava as técnicas de reparação do períneo, sempre que necessário pois é da competência do EEESMO “proceder à reparação do períneo por forma a melhorar a condição pós-parto da Mulher e prevenir problemas físicos, psicológicos, sexuais, sociais e de cuidados ao bebé” (OE, 2015, p.46). Foi para mim, desafiador perceber as várias estruturas do períneo e executar a técnica da episiorrafia e das perineorrafias. Com a supervisão da enfermeira orientadora, assim como com o aprofundar de conhecimentos, e com a prática, fui ganhado autonomia neste procedimento. Na execução da técnica, assegurava o conforto e alívio da dor pela impregnação com anestésico pois “caso não esteja sob o efeito de anestesia epidural deve proceder-se a uma correta anestesia local do períneo” (OE, 2015a, p.46). Informava sempre a mulher e CS sobre o tipo de lesões que resultaram do parto e sobre as técnicas de reconstituição perineal. No final da reparação perineal, providenciava gelo para aplicação tópica local.

O Cuidado no 4º Estádio e o cuidado ao RN

Logo após o nascimento assegurava a avaliação imediata do RN, executando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina. Não houve a necessidade de realizar reanimação a nenhum dos RN, tendo avaliado todos com um Índice de Apgar (IA) ao 1º minuto entre 9/10.

Fundamentada pelas recomendações da WHO (2012), realizava a clampagem tardia do cordão umbilical, para a prevenção da anemia infantil. Esta recomendação é baseada na evidência de que o atraso na clampagem do cordão umbilical, no bebê de termo, durante mais de 1 a 3 minutos após o nascimento, permite a passagem continuada do sangue da placenta para o bebê aumentando, assim, as reservas de ferro, aos 6 meses de idade, até 50%. Mantendo o RN em contato pele com pele, assegurava os cuidados ao RN, na vigilância da respiração e do choro, assegurando que se mantinha aquecido. Avaliava a interação precoce e questionava sobre quem ia cortar o cordão. Na generalidade os CS verbalizavam essa vontade com emoção, pelo que incentivava e instruía na sua execução.

A instituição onde realizei o ER é reconhecida pela UNICEF, como um Hospital Amigo dos Bebés, promovendo o contacto pele com pele, a amamentação na 1ª hora de vida, o apoio à amamentação e o alojamento conjunto. Estes são contributos importantes no processo de vinculação, na adaptação ao papel parental e na promoção e suporte ao AM.

Foi possível, com grande parte das mulheres, ao longo do 1º estágio, avaliar os conhecimentos que tinham acerca do contacto pele com pele e questionar se era essa a sua vontade. Muitas mulheres conheciam o procedimento e a sua importância, por exemplo P1 referiu “já tinha ouvido falar no contacto pele com pele, mas até a enfermeira do Centro de Saúde me explicar, desconhecia os benefícios” (Quadro 2). Algumas mulheres e CS, que frequentaram o CPPP, onde tinham abordado o tema, justificados pela sua relevância, perguntavam se era uma prática habitual neste BP.

Para Anderson, Moore, Hepworth e Bergman (2006), citados por APEO & FAME, “o contacto pele com pele, através de estímulos sensoriais como o tato, o calor e o odor são um potencial estimulante vagal que, entre outros efeitos, liberta ocitocina materna” (2009, p.107). A ocitocina endógena potencia o aumento da temperatura corporal, nomeadamente na pele das mamas, aquecendo o RN e assim proporcionar

a estabilidade cardiorrespiratória. Pela evidência científica são também conhecidas as vantagens do contacto pele com pele no estabelecimento da vinculação precoce, na promoção do aleitamento materno e na colonização do RN por microrganismos maternos.

Um dos indicadores de evidencia e medida do Projeto Maternidade com Qualidade, da OE (2013c), é realizar precocemente o contato pele a pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na 1ª hora do pós-parto, conforme diretrizes da WHO sobre o aleitamento materno. Newman (2005), citado pela OE (2013c), refere que, a realização de contato precoce pele com pele entre a mãe e o RN está intrinsecamente relacionada com a iniciação do AM na 1ª hora de vida e o seu sucesso ou manutenção como forma de alimentação exclusiva do bebê. Por outro lado, Sobel et al (2001), citados pela OE (2013c), mencionam que, o início do aleitamento materno na 1ª hora de vida, reforça a proteção do RN relativamente às infeções.

O EEESMO tem um papel fundamental na promoção do AM. Relativamente a cada uma das parturientes a quem prestei cuidados no BP, identificava as expectativas e validava o seu projeto de amamentação. Nas mulheres múltiparas, procurava conhecer a sua história anterior de amamentação, identificava as dificuldades, desmistificava os receios e implementava estratégias de resolução de problemas.

Segundo Levy e Bértolo “para que a amamentação tenha sucesso, devem conjugar-se três fatores: decisão de amamentar, estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação” (2012, p.10). Neste sentido, implementava intervenções de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Assegurava o apoio ao aleitamento materno na 1ª hora de vida, atuava em parceria com as puérperas e CS, apoiava e capacitava para a técnica de amamentação, realizava práticas de posicionamentos mais adequados a cada díade, supervisionava a amamentação e avaliava a mamada. Reconhecia e elogiava as capacidades da mãe para a amamentação. Algumas puérperas, referiram-se à importância do apoio relativamente à amamentação. Por exemplo P22 comentou: “se não estivesse aqui a ajudar não conseguia pôr o bebé na mama”, P18 referiu “aquela posição que me explicou para colocar o bebé à mama facilitou para ele começar a mamar”. Segundo Levy e Bértolo “acontecimentos ligados às práticas hospitalares durante o parto, no período do pós-parto imediato e durante a estada da mãe e do bebé no hospital podem influenciar

positiva ou negativamente o estabelecimento da lactação e a duração do AM” (2012, p.12).

Após o nascimento procurava proporcionar a privacidade da tríade, mantendo discreta observação dos comportamentos maternos/ paternos que pudessem indiciar dificuldades no vínculo ao RN. Praticava a escuta ativa e encorajava a mulher/CS a partilhar os seus sentimentos e dificuldades nos cuidados ao filho, reforçando as competências parentais.

Integrava o CS no plano de cuidados à puérpera e ao RN, incentivava o papel ativo no processo de cuidados. Transmitia informação, instruía e incentivava o treino, com a minha supervisão, com o objetivo de promover o empoderamento e a autonomia, de acordo com as suas necessidades únicas e individualizadas. Alguns pais demonstravam receio nos cuidados ao RN, por exemplo o marido de P10 referiu “não sei como fazer e acho que não vou ser capaz”, o namorado de P35 questionou-me “como é que eu a seguro? Assim ela fica bem?” e o companheiro de P29 disse “enfermeira, se calhar ele está com frio. Podemos já vestir?” Incentivava a colocar a fralda, a vestir e a segurar o filho ao colo. Em consonância com a teoria do cuidar, de Swanson (1993), reforçava a importância de confiarem em si próprios, porque a habilidade é adquirida com a prática.

No processo de vinculação com o RN, recorria a algumas técnicas da NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale), no sentido de dar conhecimento aos pais sobre os reflexos do RN e a forma como interage, bem como acerca dos períodos de sono e alerta mais propícios à interação.

Mantinha a vigilância e a deteção precoce de complicações no puerpério imediato. Avaliava a consistência, dimensão e a altura do fundo do útero, fazia a expressão uterina, investigava a presença de coágulos e observava as características dos mesmos. Examinava o períneo e pesquisava a presença de edemas, equimoses e/ou hematomas. Observava a pele e mucosas no que respeita à coloração, avaliava e parametrizava os parâmetros vitais e a dor. Pesquisava a presença de globo vesical, incentivava a puérpera ao esvaziamento vesical espontâneo no WC e conduzia o levante precoce.

Decidia sobre a transferência para o Serviço de Puerpério e assegurava a continuidade dos cuidados à mulher e RN durante o transporte.

3.3. Contributos do Enfermeiro Obstetra na Promoção da Saúde Mental na Gravidez e no TP

Neste ponto abordo, os **Contributos do Enfermeiro Obstetra na Promoção da Saúde Mental na Gravidez** e no TP. Começo por descrever e analisar as atividades que desenvolvi no âmbito do EC III (Cuidados de Saúde Primários) e do EC IV (Gravidez de Alto Risco) relacionadas com esta temática. De seguida, e como já referi no subponto 2.2, faço a descrição e análise dos Contributos do Enfermeiro Obstetra na Promoção da Saúde Mental na Gravidez e TP, partindo dos dados colhidos através do GCD (quadro 1 e 2) e confrontando-os com os artigos da SR e com a reflexão e análise que faço sobre a minha experiência no cuidar à mulher e CS no contexto de EC. A sistematização e a análise das frases significativas das parturientes a quem prestei cuidados (dados colhidos no CGD) tiveram subjacente o referencial teórico de Swanson (1993), ou seja, **Acreditar** nas capacidades da mulher e CS durante a gravidez, TP e na transição para a parentalidade, **Conhecer** as suas emoções e receios, **Estar com** na manifestação desses sentimentos, **Fazer por** capacitar e **Possibilitar** informação para a tomada de decisão. Na elaboração do Quadro 1, tive em conta, também, a informação dos autores, nomeadamente Cristina Canavarro (2001), citando Colman&Colman (1994), no seu livro “Psicologia da Gravidez e da Maternidade”, relativamente às Tarefas Psicológicas da Gravidez (Canavarro, 2001, pp. 39-43). Na elaboração do Quadro 2, tive subjacente conteúdos do livro Iniciativa Parto Normal - Documento de Consenso, relativo ao Apoio no Parto (APEO & FAME, 2009, p.74).

Durante o EC III, desenvolvi competências de EEESMO, numa UCSP, na vigilância pré-natal em mulheres com gravidez de baixo risco. Realizei consultas de enfermagem em que o enfoque esteve na promoção da saúde física e psicoemocional da grávida, na deteção precoce das complicações e na promoção do bem-estar materno-fetal. Promovi a educação para a saúde partindo da identificação das necessidades individuais de cada grávida. Compreendi a importância que as grávidas davam à “sua EEESMO”, quando lhe conferiam o papel de profissional de referência, para o esclarecimento das suas dúvidas e dos seus receios, face a esta nova etapa das suas vidas. Um estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa (2017), realizado a 139 grávidas de baixo risco, entre as 19-30 semanas, vigiadas por

enfermeiros obstetras de um Hospital Universitário, sugere que a relação terapêutica eficaz entre a grávida e o enfermeiro obstetra, favorecem o autocuidado na gravidez (Nicoloso-SantaBarbara, et al., 2017). O uso terapêutico da comunicação entre o EEESMO e a grávida, conduz à qualidade dos cuidados prestados e assim potencia os ganhos em saúde.

Ainda no âmbito deste EC III, tive a oportunidade de participar, no CPPP da UCC local. Planei e implementei uma sessão de esclarecimento, às grávidas e CS, sobre “Alterações Psicoemocionais na Gravidez”. Também foi importante para o meu desenvolvimento de competências, a apresentação de um plano de ação de formação, aos enfermeiros da UCSP, sobre o mesmo tema. Ambas as sessões foram participativas, tendo todos os intervenientes manifestado interesse pela temática.

No EC IV, colaborei nas consultas de enfermagem especializadas no âmbito dos cuidados à mulher grávida com patologia previa ou associada à gravidez. Prestei cuidados às grávidas e CS, na promoção do bem-estar psicoemocional, quando questionei sobre as suas preocupações face à nova situação de saúde, quando estive atenta à expressão do medo sobre a doença e suas consequências na sua saúde e na do seu bebé, e quando possibilitei a tomada de decisão esclarecida e consciente relativamente aos cuidados a adotar para a melhoria do bem-estar materno-fetal. Foi importante observar a importância conferida pelas mulheres à “sua EEESMO” de referência, quando a procuravam para o esclarecimento de questões no âmbito da sua patologia na gravidez, pelo receio de afetação da sua saúde, mas sobretudo da dos seus filhos.

Durante o ER, identifiquei a relevância que as grávidas atribuem ao EEESMO durante a assistência pré-natal, nomeadamente na prática de informar/instruir sobre a identificação das alterações psicoemocionais específicas do primeiro trimestre da gravidez. “A conceção e a gravidez desencadeiam na futura mãe uma autêntica “revolução” psicossomática: tanto o seu corpo como o seu psíquico sofrem profundas modificações e adaptações, todas elas necessárias para receber o bebé e promover o seu desenvolvimento” (Cepêda, Brito, & Heitor, 2005, p. 5). A maioria das mulheres (27) referiram que a gravidez foi planeada, no entanto mencionaram que, após a alegria e euforia inicial, sentimentos de medo e angústia surgiam. Por exemplo P4 disse que “apesar de já me sentir grávida, tive medo de fazer o teste e da confirmação”

e P2 afirmou “um misto de emoções quando vi o teste positivo, alegria e medo ao mesmo tempo” (Quadro 1).

A maior parte das mulheres a quem prestei cuidados (23), referiram que foi importante o apoio prestado pelos EEESMO durante a gravidez, tanto nos CSP como nos Hospitais. O cuidado à mulher no âmbito da vigilância pré-natal é fundamental para a forma como estabelecem uma relação terapêutica e de parceria no planeamento do processo de cuidados, e no conhecimento sobre as Tarefas Psicológicas da Gravidez (nomeadamente Assumir e Aceitar a Gravidez e Aceitar a Realidade do Feto). Isso foi referido por algumas mulheres, por exemplo P4 disse “apesar de já me sentir grávida, tive medo de fazer o teste e da confirmação”, P2 referiu “um misto de emoções quando vi o teste positivo, alegria e medo ao mesmo tempo”. Algumas parturientes afirmaram dúvidas em relação à continuidade da gravidez e de que forma a “sua EEESMO” as capacitou na tomada de decisão, como por exemplo P15 “esclarecia muitas das minhas dúvidas em relação à gravidez com a enfermeira” e P30 “até ir falar com a enfermeira, não sabia o que decidir em relação a este bebé, ainda bem que ele está aqui”. Relativamente a P5 “estivemos algum tempo a tentar engravidar, já pensava que não ia conseguir, só acreditei quando vi a ecografia” (Quadro 1). Todas estas intervenções promovem a saúde mental e a vivência da gravidez de uma forma mais saudável e satisfatória. “Para que este estado psíquico particular se desenvolva, é necessário que a mãe disponha de um ambiente protetor e de suporte afetivo. Precisa de ser escutada e compreendida por alguém disponível e atento (...) um técnico de saúde com quem possa estabelecer uma relação de confiança” (Cepêda, Brito, & Heitor, 2005, p. 6).

Num estudo qualitativo etnográfico, de Rollans Schmied e Meade (2013), para descrever o processo de avaliação psicossocial e depressão de mulheres grávidas, foi observado e analisado o resultado da aplicação de um questionário, por parteiras, às grávidas, aquando da marcação de visitas pré-natais, em duas maternidades em New South Wales (NSW), Austrália. O estudo demonstrou que quando as enfermeiras obstetras usaram uma abordagem mais flexível na comunicação, como a reformulação ou alteração da ordem das perguntas, isso facilitou a compreensão das questões, por parte da mulher, resultando num intercâmbio recíproco entre a mulher e a enfermeira obstetra. Também foi observado que as enfermeiras obstetras, para explorar fatores de risco em algumas grávidas fizeram-no de uma forma empática,

suavizando a sua voz, mantendo contato visual e delicadamente questionavam a mulher acerca do problema identificado. Verificou-se também que algumas enfermeiras obstetras davam tempo às mulheres para responderem e para explorar as suas preocupações, o que pareceu facilitar a tomada de decisão e a resolução de problemas.

Quadro 1 – Contributos do Enfermeiro Obstetra na Promoção da Saúde Mental na Gravidez – Tarefas Psicológicas da Gravidez

Organização do conteúdo dos dados recolhidos pela aplicação do Guia de Colheita de Dados		
Processo do Cuidar de acordo com Swanson	Conhecimento sobre as Tarefas Psicológicas da Gravidez	Frases Significativas
Acreditar nas capacidades da mulher e CS durante a gravidez, TP e na transição para a parentalidade	Assumir e aceitar a gravidez	"apesar de já me sentir grávida, tive medo de fazer o teste e da confirmação" (P4) "um misto de emoções quando vi o teste positivo, alegria e medo ao mesmo tempo" (P2) "esclarecia muitas das minhas dúvidas em relação à gravidez com a enfermeira" (a parturiente teve dúvidas em relação à continuidade da mesma) (P15)
Conhecer as suas emoções e receios		"até ir falar com a enfermeira, não sabia o que decidir em relação a este bebé, ainda bem que ele está aqui" (P30)
Estar com na manifestação desses sentimentos	Aceitar a realidade do feto	"estivemos algum tempo a tentar engravidar, já pensava que não ia conseguir, só acreditei quando vi a ecografia" (P5)
Fazer por capacitar	Aceitar o bebé como ser separado	"pensar que viemos os 2 para o hospital e vamos sair 3, às vezes é estranho" (P8)
Possibilitar informação para a tomada de decisão		

Fonte: Dados recolhidos no ER através do GCD às mulheres e CS durante os 4 estádios do TP

Reconheci a importância que as grávidas atribuem aos EEESMO na assistência pré-natal, durante o terceiro trimestre, relacionada com as intervenções de enfermagem na avaliação e diagnóstico das suas necessidades e expectativas, na promoção do potencial de saúde e na capacitação na tomada de decisão e ação sobre o TP. Durante a prestação de cuidados a (P10) referiu que "por vezes durante a gravidez pensava sobre o parto, numa consulta a enfermeira esteve a explicar e fiquei esclarecida" (Quadro 2). Esta prática no cuidado pré-natal ganha ainda maior relevância quando o EEESMO esclarece e assegura os direitos das mulheres na gravidez e no parto.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica no seu Plano de Atividades para 2018, propôs no domínio operacional na prestação de cuidados EEESMO a institucionalização do Plano de Parto. Também a Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto (APDMGP), no documento "Plano de Parto", refere que a "elaboração do plano de parto ajuda a grávida a perceber o que acontece em cada fase do trabalho de parto e organizar as suas ideias, assim como partilhá-las com o acompanhante escolhido, que ficará ciente das suas escolhas e de como poderá agir quando chegar o momento" (APDMGP, 2015, s.p.).

Compreendi, a relevância que o EEESMO tem na vigilância pré-natal quando capacita psicoemocionalmente as mulheres para o TP. Por exemplo P6 referiu que, no Centro de Saúde, nas consultas de saúde materna mencionou à “sua” EEESMO que: “por vezes dava por mim a pensar no parto, imagine que até sonhava”, referiu que, para si, esta era uma temática importante e que só abordava nessas consultas (Quadro 2).

De acordo com Rollans, Schmied e Meade (2013), a forma como a enfermeira obstetra interage com a grávida pode influenciar a avaliação psicoemocional, pela oportunidade de a mulher revelar as suas preocupações e receios sobre o parto. Os fatores que podem influenciar essa interação incluem a experiência da enfermeira obstetra, o apoio organizacional para a formação em serviço, a supervisão clínica, as suas próprias experiências de vida pessoal e o modelo teórico utilizado.

O Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica deliberou que o EEESMO, pela sua formação especializada, tem competências para gerir de forma autónoma os Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade (CPPP). As intervenções dos enfermeiros obstetras nestes cursos são: preparar física e psicologicamente para o TP, treinar com a mulher/casal exercícios musculoesqueléticos promotores de flexibilidade, postura corporal e do adequado posicionamento fetal, praticar exercícios respiratórios e métodos de relaxamento e capacitar para a parentalidade (OE, 2016, p.2).

Quando questionei as parturientes sobre a realização do CPPP, cerca de metade (22), a maioria nulíparas, referiram terem frequentado. Durante o TP a mulher pode ter uma maior ou menor oportunidade de analisar e compreender as sensações do parto, nomeadamente sobre o mecanismo das contrações uterinas. Algumas mulheres, mencionaram que, com os conteúdos abordados no CPPP, desenvolveram aptidões psicoemocionais para o controlo da ansiedade e da dor, e assim, experimentado o TP de uma forma mais consciente e esclarecida. Isto foi-me relatado, por exemplo por P18: “ainda bem que frequentei o CPPP, ajudou-me bastante a perceber o que estava a acontecer com o meu corpo” (Quadro 2). De que forma os conteúdos abordados do CPPP, ajudaram a treinar estratégias de autocontrolo para o TP e a treinar a mulher e o CS na utilização dos suportes de apoio no TP, por exemplo P23 referiu que “foram importantes os exercícios respiratórios e o conhecimento sobre a utilização dos vários suportes de apoio” e P2 disse “até

frequentar o CPPP desconhecia que existia aqui no BP, a bola de Pilatos e que podíamos usar o duche” (Quadro 2).

**Quadro 2 – Contributos do Enfermeiro Obstetra na Promoção da Saúde Mental na Gravidez –
Capacitação para o TP**

Processo do Cuidar de acordo com Swanson	Capacitação para o TP	Frases Significativas
Acreditar nas capacidades da mulher e CS durante a gravidez, TP e na transição para a parentalidade	Cuidar informado	“por vezes dava por mim a pensar no parto, imagine que até sonhava” (P6) “por vezes durante a gravidez pensava sobre o parto, numa consulta a enfermeira esteve a explicar e fiquei esclarecida” (P10) “até frequentar o CPPP desconhecia que existia aqui no BP, a bola de pilatos e que podíamos usar o duche” (P2) “já tinha ouvido falar no contacto pele com pele, mas até a enfermeira do CS me explicar, desconhecia os benefícios” (P1)
Conhecer as suas emoções e receios		“ainda bem que frequentei o CPPP, ajudou-me bastante a perceber o que estava a acontecer com o meu corpo” (P18) “foram importantes os exercícios respiratórios e o conhecimento sobre a utilização dos vários suportes de apoio” (P23)
Estar com na manifestação desses sentimentos	Cuidado físico	“enfermeira ajude-me não aguento mais estas dores, são insuportáveis” (P8) “ainda bem que posso beber água, tinha a boca tão seca” (P3) “não sabia que podia comer gelatina, de facto é agradável” (P5)
Fazer por capacitar	Apoio emocional	“não me deixe sozinha, continuo aqui comigo” (P15) “e se o meu namorado não chega a tempo, não quero ficar sozinha neste quarto” (P9)
Possibilitar informação para a tomada de decisão	Relação empática	“enfermeira, por favor, fique comigo, eu não vou conseguir sozinha” (P6) “tenho pena se não for a enfermeira a fazer o parto, já tenho confiança consigo” (P20) “isto está a assustar-me, quero ir embora” (P9) “até agora estou a conseguir suportar a dor, mas se aumentarem não sei se vou conseguir” (P5) “já não sei o que quero, só quero que o bebé saia” (P9) “a enfermeira vai continuar aqui comigo, não vai?” (P12)

Fonte: Dados recolhidos no ER através do GCD às mulheres e CS durante os 4 estádios do TP

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de ESMO (OE, 2016), a preparação para a parentalidade é um ato de assistência prestado pelo EEESMO à grávida e família, que visa o desenvolvimento de competências para o exercício do papel parental e que garantem o potencial máximo do seu desenvolvimento. Identifiquei a importância que as mulheres atribuem ao EEESMO, no processo da transição para a parentalidade, na promoção da vinculação e da adaptação ao papel parental relacionado com a avaliação das necessidades e da capacitação para a mudança. Por exemplo P8 referiu “pensar que viemos os 2 para o hospital e vamos sair 3, às vezes é estranho” (Quadro 1). Na gravidez a perspetiva de um

“novo bebé vai reorganizar o funcionamento familiar em geral e do casal em particular. Ele exige a criação de um lugar para si na família, e este surge à custa do espaço anteriormente ocupado por cada um dos elementos previamente existentes (...) desencadeando reações diferentes e potencialmente difíceis para cada um deles” (Cepêda, Brito, & Heitor, 2005, p. 7)

Num estudo de Graça, Figueiredo e Carreira (2011), com uma amostra de 134 primíparas, em que o objetivo foi analisar os contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade, os resultados evidenciam evolução positiva do ajustamento à maternidade nas dimensões sintomas somáticos e atitudes perante a gravidez e o bebé, e evolução negativa da imagem corporal e relação conjugal. O estudo revela ainda que a intervenção de Enfermagem não teve efeitos significativos. Nas conclusões refere

tornasse impreterível que os EEESMO delineiam projetos baseados na evidência, com objetivos a atingir, de forma a contribuírem na transição para o papel parental.

“Ainda que os cursos se refiram à preparação para a parentalidade, esta deve ser alvo de intervenção mais sustentada onde a par da informação, se dinamizem estratégias práticas que permitam a gestão do stress decorrente das alterações da transição para a nova etapa do ciclo vital” (Carvalho, Figueiredo & Carreira, 2011, p.34).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, passa obrigatoriamente por um questionar frequente sobre as nossas práticas, refletir sobre o porquê das nossas ações e perspetivar intervenções que visem proporcionar às pessoas a quem assistimos cuidados de excelência. Em boa hora, decidi fazer este percurso de aprendizagem, no sentido de desenvolver competências no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica, de forma a prestar, melhores e mais completos cuidados de enfermagem na área da saúde reprodutiva.

O programa curricular do CMESMO é muito abrangente e revigorou a vontade de argumentar e de procurar respostas para as questões da minha prática profissional. Durante o meu percurso, enquanto estudante, mobilizei e aprofundi os conhecimentos técnico-científicos, desenvolvidos durante o CMESMO, no exercício dos cuidados de enfermagem especializados, de modo a fundamentar a minha intervenção. Neste relatório apresento a reflexão sobre o meu percurso de aprendizagem e a descrição e análise das práticas dos cuidados especializados às mulheres que recorreram ao SUGO, com alterações ginecológicas e obstétricas, e às parturientes, CS e RN, no contexto do BP.

Chego ao final deste percurso com a certeza de ter concretizado os objetivos propostos, para o desenvolvimento das competências de EEESMO, no cuidado às mulheres com alterações ginecológicas e obstétricas no SUGO, e no cuidado às parturientes, CS e ao RN durante o TP, no BP, pelo facto de me sentir capacitada para exercer essas competências no programa de saúde materna e reprodutiva, nos CSP, enquanto futura enfermeira obstetra.

A conjugação de novos saberes e experiências durante os EC, aliada ao interesse já demonstrado pelo tema: **os contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez**, conduziu-me a uma constante procura do conhecimento, nos Organismos Internacionais e Nacionais ligados à obstetrícia, na bibliografia de referência e na evidência científica.

A gravidez, pelo impacto que tem na vida das mulheres, é geradora de ansiedade, relacionada com alterações físicas, psicoemocionais e sociais. O confronto com a notícia de gravidez, mesmo quando esta é planeada, gera na mulher sentimentos de ambivalência sobretudo pelas mudanças que a gravidez e a parentalidade podem

trazer para a sua vida. Estes medos e receios tendem a ser maiores, quando faltam fatores de proteção como: a saúde física e mental, a auto estima e autoeficácia, as redes de apoio emocional e social, uma situação social e económica estável, uma gravidez sem complicações e a satisfação com os cuidados clínicos prestados na gravidez. A proximidade do parto e a transição para a parentalidade podem suscitar ainda mais ansiedade pelo medo do desconhecido e da mudança.

No desenvolvimento das competências do EEESMO, fui sustentada pela Teoria do Cuidar de Swanson. O cuidado que prestei às grávidas/parturientes e CS, foi adaptado a cada pessoa no sentido de proporcionar bem-estar físico e psicoemocional. Foi fundamental a relação terapêutica estabelecida com estas mulheres, nomeadamente interpretar a comunicação verbal e não verbal e conhecer de que forma a vivência da gravidez, a expectativa do parto e a transição para a parentalidade, foi marcante na sua vida, pela partilha de sentimentos, pela confiança nas suas capacidades, pela transmissão de informação e pelo apoio na tomada de decisão.

Cabe ao EEESMO, na inerência das suas competências continuar a “conceber, planejar, coordenar, supervisionar, implementar e avaliar programas de preparação completa para o parto e parentalidade responsável” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p. 8663), integrando novos conceitos e práticas sustentadas na melhor e mais atualizada evidência científica. Este cuidado de enfermagem especializado contribui para a capacitação da mulher no autocuidado e na autovigilância da gravidez o que, direta e indiretamente, diminui a ansiedade e melhora a saúde materno-fetal, contribuindo para melhores *outcomes* em saúde.

Saliento, deste percurso de aprendizagem, o interesse demonstrado por todos os EEESMO com que me cruzei, relativamente à temática dos **contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez**. Agradeço pela partilha dos conhecimentos e pelo proporcionar de experiências no cuidado às grávidas e às parturientes.

Como principais limitações de todo este projeto destaco a dificuldade em obter os achados científicos sobre a temática e as dificuldades na gestão simultânea de três dimensões importantes da minha vida: familiar, profissional e académica.

Este processo de aprendizagem não termina aqui. Como futura enfermeira especialista, no exercício de uma enfermagem avançada, tenho a responsabilidade de continuar a aprofundar e a desenvolver o conhecimento, pela prática baseada na

evidência, e comprometida com os valores éticos e humanistas, pois a “prática Avançada de Enfermagem pressupõe que os enfermeiros incluam na sua formação conhecimento especializado, habilidades e competências para a tomada de decisão em situações complexas em diversos cenários de prática” (ICN), 2013, cit por Zanetti, 2015, p. 789).

Neste sentido, quero manter a formação contínua, de forma a aperfeiçoar a qualidade na minha intervenção como enfermeira obstetra. Pretendo promover na UCSP onde trabalho, momentos de reflexão e partilha, sobre casos clínicos na prática dos cuidados especializados. Pretendo também apresentar, no hospital onde realizei o EC e no meu contexto de trabalho, a temática deste relatório. Prevejo também elaborar um artigo científico sobre esta temática e assim contribuir para a produção científica nesta área em particular. Pretendo ainda implementar na UCSP onde trabalho, uma consulta de enfermagem às grávidas, entre as 28 e as 32 semanas, aplicando a “Entrevista pré-natal para a promoção da saúde mental na Gravidez e Primeira Infância”, de forma a detetar precocemente dificuldades/problemas, promover na grávida o desenvolvimento de fatores protetores, intervir e referenciar as situações problemáticas na transição para a parentalidade saudável (Cepêda, Brito, & Heitor, 2005, p. 5).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American College of Obstetricians and Gynecologist. (2016). *Screening for perinatal depression*. (ACOG Committee Opinion No 630). Acedido 25-04-2017. Disponível em <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co630.pdf?dmc=1&ts=20180425T1735203167>
- Associação Portuguesa pelos Direitos da Mulher na Gravidez e Parto. (2015). *O plano de parto*. Acedido 20-09-2018. Disponível em <http://www.associacaogravidezeparto.pt/wp-content/uploads/2015/02/Plano-de-Parto-APDMGP.pdf>
- Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras & Federación de Asociaciones de Matronas de España (2009). *Iniciativa parto normal: documento de consenso*. Loures: Lusociência. (tradução do original espanhol Iniciativa Parto Normal. Documento de Consenso, 2008, Barcelona: FAME.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13(2), 11-18. Acedido 15-05-2018. Disponível em [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18\(1\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2009_13_2_11-18(1).pdf)
- Campos, D.C.F., & Graveto, J.M.G.N. (2010). Oxitocina e comportamento humano. *Referência*, III Série (1), 125-130. Acedido 11-11-2018. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn1/serIIIIn1a13.pdf>
- Canavarro, M. C. (2001). *Psicologia da gravidez e da maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Cardoso, J. N. (2017). Alterações psiquiátricas e gravidez. In L.M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (7ªed. pp. 521-527). Lisboa: Lidel.
- Carvalho, P. S., Loureiro, M., & Simões, M. R. (2006). Adaptações psicológicas à gravidez e maternidade. *Psicologia e Educação*, V (2), 39-49. Acedido 22-09-2018. Disponível em http://psicologiaeeducacao.ubi.pt/Files/Other/Arquivo/VOL5/PE%20VOL5%20N2/PE%20VOL5%20N2_index_5_.pdf
- Cepêda, T., Brito, I., & Heitor, M. J. (2005). *Promoção da saúde mental na gravidez e primeira infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde

- Chalifour, J. (2007). *A intervenção terapêutica. Fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*. Loures: Lousodidacta.
- Coelho R.V.M.S., Ferreira S.M.C., & Santiago R.S. (2010). O cuidar em enfermagem à mulher vítima de violência sexual. *Texto Contexto Enferm*, 19(1): 155-60. Acedido 18-06-2017. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a18.pdf>
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez - A experiência psicológica*. Lisboa: Colibri.
- Conde, A., & Figueiredo, B. (2005). Ansiedade na gravidez: Implicações para a saúde e desenvolvimento do bebé e mecanismos neurofisiológicos Envolvidos. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 1(36), 41-49. Acedido 25-09-2018. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/4646>.
- Correia, D. T., & Santo, M. (2017). *Saúde mental na gravidez e puerpério*. Lisboa: Lidel.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2017-2018). Documento orientador da unidade curricular estágio com relatório. Acessível na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Ferraz, M. R., Lacerda, M. R., Labronici, L. M., Maftum, M. A., & Raimondo, M. L. (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enferm* 14(4),755-759. Acedido 18-06-2017. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/download/16395/10874>
- Figueiredo, B. (2005). Depressão na gravidez: Quais as consequências para a mãe e bebé? In I. Leal, *Psicologia da gravidez e da parentalidade*, (pp.23-47). Lisboa: Fim de Século
- Government of United Kingdom. (2012). Guidance document: Health visiting programme: pathway to support professional practice and deliver new service offer. (Maternal mental health pathway 3). Acedido 28-04-2018. Disponível em https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/212906/Maternal-mental-health-pathway-090812.pdf
- Graça, L.C.C., Figueiredo, M.C.B., & Carreira, M.T.C. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a transição para a maternidade. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (4), 27-35.

Acedido 14-04-2018. Disponível em
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn4/serIIIn4a03.pdf>

Graça L.M. (2017) Gravidez prolongada e indução do trabalho de parto. In L.M. Graça, *Medicina Materno-Fetal* (7ªed., pp. 382-388). Lisboa: Lidel.

International Confederation of Midwives (ICM). (2013). *Essential competencies for basic midwifery practice*. Hague: ICM. Acedido 02-03-2017. Disponível em
<http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Estatísticas da Saúde 2014*. Lisboa: INE.

Acedido 09-07-2017. Disponível em
https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=257402707&PUBLICACOEsmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas Demográficas 2017*. Lisboa.

Acedido 09-07-2017. Disponível em
https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=2ahUKEwidgtacntjhAhWO-aQKHdUMBL0QFjABegQIARAC&url=https%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D349091718%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&usq=AOvVaw3vzJdUR3lqZZ6sksE9iKCd

Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition: Supplement*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute

Leite, L. (2006, maio). *O enfermeiro especialista: Percursos de desenvolvimento profissional*. In Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: Valorização de percursos e competências, II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa

Levy, L. & Bértolo, H. (2012). *Manual do Aleitamento Materno*. Comité Português para a UNICEF, Comissão Nacional Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés. Lisboa. Acedido 20-04-2017. Disponível em <https://unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>

Lowdwemilk, D. L., & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na Maternidade* (7ª ed.). Loures: Lusodidacta.

- McCormack, B., & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472–479. Acedido 02-02-2017. Disponível em <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>
- Children, young people and education committee. (2017). *Perinatal mental health*. Cardiff: National Assembly for Wales. Acedido 22-09-2018. Disponível em <http://www.assembly.wales/laid%20documents/cr-ld11234/cr-ld11234-e.pdf>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2016). *Antenatal and postnatal mental health*. Acedido 28-04-2017. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/qs115/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-pdf-75545299789765>
- Nicoloro-SantaBarbara, J., Rosenthal, L., V.Auerbach, M., Kocis, C., Busso, C., & Lobel, M. (2017). Patient-provider communication, maternal anxiety, and self-care in pregnancy. *Social Science & Medicine* 190, 133-140. Acedido 29-03-2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.08.011>
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Acedido 02-02-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013a). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com qualidade: *Efetivar a ingestão ao longo do trabalho de parto, segundo diretrizes da WHO*. Acedido 11-11-2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Ingesta_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013b). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com qualidade: *Promover e aplicar medidas não farmacológicas no alívio da dor no trabalho de parto*. Acedido 11-11-2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_Medidasnaofarmacologicas_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2013c). Projeto da MCEESMO-OE: Maternidade com qualidade: *Realizar precocemente contacto pele com pele, entre mãe e filho, dando apoio ao início da amamentação na primeira hora do pós-parto, conforme diretrizes da WHO sobre o aleitamento materno*. Acedido 11-11-2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/INDICADOR_PeleaPeleAmamentacao_ProjetoMaternidadeComQualidade.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Livro de bolso enfermeiros especialistas em saúde materna e obstétrica/Parteiras*. Acedido 05-01-2017. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/LivroBolsoEESMO.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2015b). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril, alterado e republicado pelo Anexo II à Lei nº 156/2015 (16/09/2015). Lisboa. Acedido 02-02-2017. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8594/repe_estatuto2016_versao03-05-17.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *Parecer Nº8/2016: Dúvidas sobre Preparação para o Parto*. Acedido 11-11-2018. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentos.../dúvidas-sobre-preparação-para-o-parto/>
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Plano de Atividades para 2018*. Acedido 11-11-2018. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5233/ceesmo_planoactividades2018.pdf
- Organização das Nações Unidas. (2000). *Declaração do Milénio. Cimeira do Milénio*. Nova Iorque: ONU. Acedido 20-07-2017. Disponível em <https://www.unric.org/html/portuguese/uninfo/DecdoMil.pdf>
- Regulamento nº 127/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República*, II série, (Nº 35 de 18/02/2011), 8662-8666. Acedido 07-01-2017. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/4904/regulamento_127_2011_competenciaspecificfsmobst_ginecologica.pdf

- Rollans, M., Schmied, V., & Meade, T. (2013). "We just ask some questions"...the process of antenatal psychosocial assessment by midwives. *Midwifery*, (29), 935-942. Acedido 29-03-2018. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.11.013>
- Sereno, S., Leal, I., & Maroco, J. (2009). Construção e validação de um questionário de valores e crenças sobre sexualidade, maternidade e aborto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 193-204. Acedido 02-02-2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a03.pdf>
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. (2016). *Consenso nacional sobre menopausa*. Lisboa: SPG. Acedido 06-06-2017. Disponível em <http://www.spginecologia.pt/consensos.html>
- Swanson, K.M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Journal of Nursing Scholarship* 25(4), 352-357. Acedido 20-05-2018. Disponível em http://nursing.unc.edu/files/2012/11/ccm3_032549.pdf
- The Royal Collage of Midwives. (2012). *Maternal emotional wellbeing and infant development. A good practice guide for midwives*. RCM, London. Acedido 06-04-2017. Disponível em [https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Emotional%20Wellbeing_Guide WEB.pdf](https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Emotional%20Wellbeing_Guide_WEB.pdf)
- The Royal Collage of Midwives (2017). *RCM welcomes perinatal mental health report published in Wales*. Acedido 06-04-2017. Disponível em <https://www.rcm.org.uk/news-views-and-analysis/news/%E2%80%98rcm-welcomes-perinatal-mental-health-report-published-in-wales%E2%80%99>
- Wojnar D.M. (2014). Theory of caring in R.M. Alligood, *Nursing theorists and their work* ((8ª. Ed., pp. 688-700). Riverport Lane: Elsevier
- World Health Organization. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage*. Geneva: WHO. Acedido 20-05-2018. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf?sequence=1

- World Health Organization (2015). *Thinking healthy: a manual for psychosocial management of perinatal depression*. (WHO generic field-trial version1.0.) Geneva. WHO. Acedido 10-04-2017. Disponível em <http://www.who.int/iris/handle/10665/152936>
- World Health Organization (2017a). *Mental health*. Acedido 10-04-2017. Disponível em http://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/
- World Health Organization (2017b). *Mental Health Action Plan 2013 – 2020*. Geneva: WHO. Acedido 10-04-2017. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89966/9789241506021_eng.pdf?sequence=1
- Zanetti, M. L. (2015). Prática avançada de enfermagem: estratégias para formação e construção do conhecimento. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 23(5):779-80. **Doi:** [10.1590/0104-1169.0000.2614](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0000.2614)

Estudos selecionados na Revisão Scoping

A Revisão Scoping realizada, teve como questão de pesquisa: “Quais os contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez?”. Esta questão foi expressada através da mnemónica do tipo PCC (População, Conceito, Contexto), em que:

P (População) – Grávidas

C (Conceito) - Contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez

C (Contexto) – Não definido

Foram definidos como critérios de inclusão: estudos publicados desde 2011, em português, espanhol e inglês e em texto integral disponível que abordassem os contributos do enfermeiro obstetra na promoção da saúde mental na gravidez.

A pesquisa foi realizada em março de 2018, na plataforma EBSCO Host, bases de dados CINAHL e Medline. Elegi a utilização de termos de pesquisa indexados como *Major Concept* (MM) e, na sua ausência, termos naturais. Os termos foram cruzados em ambas as bases de dados utilizando os descritores booleanos “OR” e “AND”.

Foram selecionados 5 estudos, que exponho em 5 quadros. A primeira linha indica o título, a segunda linha, o autor e ano de publicação, a terceira linha, o país onde o estudo foi realizado, a quarta linha, o tipo de estudo, a quinta linha, o objetivo do estudo, a sexta linha representa a população da amostra, a sétima linha, a metodologia utilizada no estudo, a oitava linha está a análise dos resultados, e a decima indica os principais resultados com relevância para a questão de pesquisa.

Quadros de apresentação dos estudos selecionados na Revisão Scoping

Título	<i>Patient-provider communication, maternal anxiety, and self-care in pregnancy</i>
Autor/Ano	Nicoloro-SantaBarbara, J., Rosenthal,L., Auerbach,V.M., Kocis,C., Busso,C., Lobel,M. 2017
País	Estados Unidos
Tipo de Estudo	Estudo descritivo, exploratório, com abordagem qualitativa
Objetivo do Estudo	Compreender se a relação terapêutica eficaz das grávidas com os enfermeiros obstetras melhora o seu autocuidado e de que forma esses relacionamentos podem estar associados a comportamentos saudáveis de saúde pelo alívio da ansiedade das mulheres
População do estudo/amostra	Realizado a 139 grávidas de baixo risco (19-30 semanas) vigiadas por enfermeiros obstétricos de um Hospital Universitário.
Metodologia	Critérios de Inclusão: grávidas baixo risco, com idade superior a 18 anos, fluentes no inglês; Critério de Exclusão: menores de 18 anos de idade; O estudo foi realizado entre 2013 e 2016 num hospital universitário, sobre a prestação dos cuidados de enfermagem por enfermeiros obstetras a grávidas de baixo. As participantes assinaram o consentimento livre e esclarecido e preencheram os questionários em 4 ocasiões diferentes durante a gravidez.
Análise dos Resultados	Os resultados do estudo sugerem que a relação terapêutica eficaz entre a grávida e o enfermeiro obstetra, a comunicação, colaboração e empoderamento, favorecem uma combinação de benefícios diretos e indiretos para mulheres grávidas.
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	Este estudo conclui que a relação terapêutica eficaz das grávidas com os enfermeiros obstetras ajudam a uma vigilância e compromisso de saúde que, direta e indiretamente melhoram a saúde materna e reduzem a ansiedade. Esta melhoria na saúde materna contribui para melhores <i>outcomes</i> em saúde.

Título	<i>"Midwives' experiences of asking the Whooley questions to assess current mental health: a qualitative interpretive study"</i>
Autor/Ano	McGlone, C., Martin, C.J.H., Furber, C. 2016
País	Inglaterra
Tipo de Estudo	Estudo interpretativo qualitativo.
Objetivo do Estudo	Conhecer e compreender a forma como as enfermeiras obstetras participantes aplicam as perguntas do Whooley, e saber como isso pode comprometer a detecção precoce da Doença Mental Perinatal (PMI).
População do estudo/amostra	8 Enfermeiras obstetras
Metodologia	Amostra intencional de enfermeiras obstetras (n = 8). O recrutamento foi por cartazes e um convite emitido numa reunião de equipa realizada na maternidade. Critério de inclusão: as enfermeiras obstetras devem fazer regularmente consultas de vigilância pré-natal, onde as perguntas de Whooley são realizadas. Os dados foram colhidos das entrevistas semiestruturadas e a aprovação ética para este estudo foi obtida pelo Comitê de Ética em Pesquisa.
Análise dos Resultados	Algumas enfermeiras obstetras sentiram-se pressionadas pelo tempo e falta de conhecimento e de treino sobre como aplicar as Perguntas do Whooley. Há uma necessidade reconhecida de desenvolver currículos de pós-graduação que incluam: o que uma enfermeira obstetra precisa saber sobre a PMI; como aplicar as Perguntas do Whooley e outros instrumentos de detecção precoce sugeridos pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (NICE) (2014); como desenvolver vias eficazes de atendimento quando o encaminhamento é necessário.
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	Pesquisas futuras devem investigar se o treino sobre como aplicar as Perguntas do Whooley pode melhorar a detecção precoce e o encaminhamento de mulheres grávidas com o PMI ou se um novo sistema para detetar o PMI é necessário no Reino Unido.

Título	<i>“Maternal Mental Health: Pathways of Care for Women Experiencing Mental Health Issues During Pregnancy”</i>
Autor/Ano	Makregiorgos, H., Joubert, I., Epstein, I., 2013
País	Austrália
Tipo de Estudo	Exploratório retrospectivo
Objetivo do Estudo	Realizar uma exploração retrospectiva das principais questões de saúde mental e psicossocial experimentadas por mulheres que estavam grávidas e com acesso a cuidados obstétricos numa das maiores maternidades da Austrália
População do estudo/amostra	A amostra consistia de 319 mulheres. Faixa etária de 17 a 44 anos
Metodologia	<p>Este estudo concentrou-se em mulheres que utilizam uma das maiores maternidades da Austrália, entre julho de 2004 a junho de 2005, que se identificaram ou foram identificadas por profissionais de saúde como tendo problemas de saúde mental.</p> <p>A amostra consistia de 319 mulheres e representava aproximadamente 5,7% das mulheres que compareceram ao hospital para atendimento obstétrico durante o período indicado.</p> <p>Os dados clínicos foram originalmente recolhidos pelo serviço social e de outros profissionais de saúde como parte da prestação de rotina de cuidados obstétricos hospitalares.</p>
Análise dos Resultados	<p>Os resultados apoiam a necessidade de integrar a mudança sistémica dentro dos serviços, ajudando as mulheres independentemente da sua cultura e língua, prestando maior apoio psicossocial e de saúde mental, de forma a aceder aos serviços de que necessitam.</p> <p>O estudo demonstrou que a experiência especializada interdisciplinar disponível no hospital, facilita o acompanhamento em situações complexas psicossociais e de saúde mental.</p>
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	O estudo demonstrou a importância de interpretar evidências baseadas em práticas no contexto do seu próprio ambiente local, histórico, cultural e programático.

Titulo	<i>"We just ask some questions..." the process of antenatal psychosocial assessment by midwives"</i>
Autor/Ano	Rollans,M., Schomied,V., Kemp, L., Meade,T., 2012
País	Austrália
Tipo de Estudo	Estudo qualitativo etnográfico
Objetivo do Estudo	Descrever o conteúdo e processo de avaliação psicossocial e triagem da depressão, realizada por parteiras na consulta pré-natal em duas maternidades
População do estudo/amostra	34 mulheres grávidas e 18 enfermeiras obstetras
Metodologia	Os dados foram colhidos entre setembro de 2010 e março de 2011 e incluíram as observações para descrever o conteúdo e processo de avaliação psicossocial e examinar a interação entre as enfermeiras obstetras e as mulheres na consulta pré-natal. A aprovação do estudo foi obtida pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos em ambos os locais de estudo e da University of Western Sydney.
Análise dos Resultados	Para manter a uniformidade na avaliação e conduzi-la de forma a apoiar as mulheres, as enfermeiras parteiras necessitam de apoio organizacional na formação e treino contínuo, e de supervisão clínica.
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	Até o momento, a evidência é limitada de que a identificação precoce do risco psicossocial leva à melhoria dos desfechos por meio do acesso e aceitação de intervenções e do impacto das avaliações sobre o desenvolvimento das relações enfermeira parteira-grávidas.

Título	Contributos da intervenção de enfermagem de Cuidados de Saúde Primários para a transição para a maternidade
Autor/Ano	Graça,L.C.C, Figueiredo,M.C.B., Carreira,M.T.C., 2011
País	Portugal
Tipo de Estudo	Desenho quasi-experimental, longitudinal.
Objetivo do Estudo	Analisa o contributo de intervenções de enfermeiras de Cuidados de Saúde Primários, na promoção da transição para a maternidade.
População do estudo/amostra	Amostra de 134 primíparas,
Metodologia	Colheita de dados ao terceiro trimestre de gravidez, primeiro e sexto mês após o parto, com a utilização da escala Maternal Adjustment and Maternal Attitudes (Kumar, Robson e Smith, 1984), na versão portuguesa de Figueiredo, Mendonça e Sousa (2004). A variável independente assumiu os modos: consulta individual, curso de preparação para o parto/parentalidade e visita domiciliária.
Análise dos Resultados	Os resultados evidenciam evolução positiva do ajustamento à maternidade nas dimensões: sintomas somáticos, atitudes perante a gravidez e o bebé. Evolução negativa da imagem corporal e relação conjugal. A intervenção de Enfermagem não teve efeitos significativos.
Resultados com relevância para a questão de pesquisa	Constituindo-se as enfermeiras, e particularmente as Especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia, como recursos diferenciados, com formação específica na área e reconhecidos pelas populações, tornasse imperioso o desenho de projetos baseados na evidência, com objetivos a atingir, de forma a contribuírem para uma saudável transição para a maternidade. Devem incluir os pais, iniciando a intervenção no pré-parto e continuando-a de forma estruturada no pós-parto. Ainda que os cursos se refiram à preparação para a parentalidade, esta deve ser alvo de intervenção mais sustentada onde a par da informação, se dinamizem estratégias práticas que permitam a gestão do stress decorrente das alterações da transição para a nova etapa do ciclo vital.

Guia de Colheita de Dados Nº	
Identificação	
Idade:	Estado Civil:
Habilitações Literárias:	Profissão:
História Obstétrica	
IG:	IO:
Gravidez Atual	
Gravidez Planeada: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não 	Como reagiu ao teste positivo de gravidez? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Alegria/euforia <input type="radio"/> Sentimentos de ambivalência <input type="radio"/> Desinteresse <input type="radio"/> Medo/angustia Outros:
Vigilância Pré-Natal: <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Centro de Saúde <input type="radio"/> Hospital <input type="radio"/> Médico Obstetra Particular 	
Quando necessitou de apoio/esclarecimento de dúvidas sobre o parto e a transição para a parentalidade, a que profissional de saúde recorreu? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Médico Obstetra <input type="radio"/> Enfermeiro Obstetra <input type="radio"/> Outros Porquê?	
Realizou o Curso de Preparação para o Parto e Parentalidade? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não 	Como os conteúdos do curso influenciaram a expectativa para o parto e a parentalidade?
Tem Plano De Parto? <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não 	Se sim, que definiu para o Plano de Parto?
Contributos do Enfermeiro Obstetra na promoção da saúde mental na gravidez	

